

**TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN ENFERMERÍA
CURSO 2019-2020**

**Conocimientos, barreras y actitudes de los
profesionales de Atención Primaria de Salud frente
a la Violencia de Género**

Knowledge, barriers and attitudes about intimate partner
violence in the primary health care professionals



Lucía González Sánchez
TUTORA: JUANA ROBLEDO MARTIN |

CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	4
1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA.	6
1.2.1. Prevalencia.....	6
1.2.2. Mortalidad.	7
1.2.3. Consecuencias.	7
1.2.4. Problema de salud pública.	8
1.3. TEORÍAS QUE EXPLICAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. METODOLOGÍA	14
4. RESULTADOS.....	17
4.1. CONOCIMIENTOS.....	17
4.1.1. Nivel de formación recibida.	18
4.1.2. Nivel de conocimientos adquiridos.	19
4.1.3. Autopercepción del conocimiento.....	19
4.1.4. Detección de casos.....	19
4.2. OPINIÓN DE LOS SANITARIOS.....	23
4.2.1. Frecuencia.	23
4.2.2. Gravedad.....	23
4.2.3. Mitos y creencias de los profesionales.	23
4.3. DETERMINANTES QUE SUPONEN UNA BARRERA A LA HORA DE DETECTAR Y ABORDAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO.	26
4.4. DETERMINANTES QUE FACILITAR LA DETECCIÓN Y EL ABORDAJE DE LA VG.	30
4.5. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GRUPOS VULNERABLES DE LA SOCIEDAD.....	32
4.5.1. Mujeres de origen extranjero.	33
4.5.2. Mujeres embarazadas.	39
5. CONCLUSIONES.....	43
5.1. LIMITACIONES.....	49
5.2. PROPUESTAS PARA EL FUTURO E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA. 50	
5.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXO 1: TABLA CON LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.	60

RESUMEN

Introducción: La Violencia de Género es considerada un problema de salud pública debido a la magnitud y a las consecuencias que tiene en la población. Por eso, los servicios sanitarios tienen que ser capaces de dar una respuesta a este problema, a través de la educación para la salud, de la detección de casos y asistiendo a las mujeres durante todo el proceso. Especialmente los profesionales de Atención Primaria que, debido a las características del servicio, mantienen una relación más estrecha con las víctimas.

Objetivos: Conocer el nivel de formación y de conocimientos que tienen los profesionales de Atención Primaria de Salud sobre la Violencia de Género e identificar el grado de detección por parte de éstos en las consultas de Atención Primaria.

Metodología: Revisión narrativa en CUIDEN, PUBMED y CINAHL de publicaciones que tratasen la detección y el abordaje de la Violencia de Género por parte de los profesionales de Atención Primaria.

Resultados: Muchos sanitarios afirman no haber recibido educación formal sobre Violencia de Género, aun así, la mayoría de los profesionales mantienen un nivel medio-alto de conocimientos sobre el tema. Sin embargo, se identifican una serie de determinantes que dificultan la detección de casos como los mitos y creencias que tienen sobre la VG o la presión asistencial. Esto hace que no se aborde adecuadamente el tema y que exista una infra-detección de casos.

Conclusiones: La Violencia de Género está muy presente en la sociedad y es considerada por varios organismos internacionales y nacionales como un problema de salud pública, por ello es imprescindible que los sanitarios estén adecuadamente formados para saber detectarla e intervenir.

Palabras clave: maltrato, violencia de género, atención primaria

ABSTRACT

Introduction: Intimate Partner Violence is considered a public health problem due to the magnitude and consequences it brings to the population. For this reason, health services must be able to respond to this problem through health education, being able to detect and assist victims during the whole process. Especially Primary Health Care professionals who, due to the characteristics of the service, maintain a closer relationship with victims.

Aim: To know the level of training and knowledge of Primary Health Care professionals about Intimate Partner Violence and to identify the level of detection they possess in their Primary Care consultations.

Methodology: A narrative review in CUIDEN, PUBMED and CINHAL about studies focused on the detection and the approach of Intimate Partner Violence by Primary Health Care professionals.

Results: Many health professionals claim not having received any formal education about IPV, even so, most of them show a medium-high level of knowledge on the subject. However, a series of determinants are identified that make it difficult to detect cases such as the myths and beliefs they have about Intimate Partner Violence. Because of this, the issue is not adequately addressed and there is an under-detection of cases.

Conclusions: Intimate Partner Violence is very present in society and is considered by several international and national organizations as a public health problem. Therefore, it is essential that health professionals are adequately trained on how to detect it and intervene.

Key words: gender-based violence, domestic violence, intimate partner violence, primary health care

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

La violencia contra la mujer tiene muchos términos semejantes (que en muchas ocasiones se utilizan indistintamente): violencia de género, violencia doméstica, violencia del compañero íntimo o violencia de pareja. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia contra la mujer mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia doméstica y, en España, la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define Violencia de Género.

Según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU en 1993, la **Violencia contra la Mujer** es “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.¹

Además, se añade que la violencia contra la mujer se da como “una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre”.¹

Es decir, históricamente, la construcción social del género ha relegado a la mujer a una vida secundaria respecto del hombre, haciendo que sus condiciones de vida fueran precarias y determinando su proceso de salud y enfermedad. La violencia contra la mujer, por tanto, se asienta en la cultura y se transmite de generación en generación.

La violencia contra la mujer puede manifestarse de varias formas (por ejemplo, violencia institucional, violencia laboral o violencia obstétrica).² Una de estas manifestaciones es la **violencia contra la mujer infligida por su pareja**, denominada por la OMS como “la violencia física, sexual y psíquica y los comportamientos dominantes por parte de sus parejas actuales o anteriores”.³

En España, para referirse a este tipo de violencia, se utiliza el término **violencia de género** (VG) a raíz de la Ley Orgánica publicada en 2004 donde se define la VG y a raíz de la

cual se desarrolló un protocolo sanitario de actuación global e integral. Por lo tanto, son términos íntimamente ligados que se utilizan en muchas ocasiones indistintamente.

Así pues, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género define la VG como “[*la violencia que*] se ejerce sobre éstas [*las mujeres*] por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”.⁴

Por tanto, se puede decir que existe una ambigüedad en la utilización del término que viene dada en la definición de la Ley española, que utiliza Violencia de Género para referirse a lo que la OMS denomina violencia contra la mujer infligida por su pareja. Esto es porque en la ley no se tiene en cuenta otros tipos de violencia dirigidas hacia las mujeres por parte de los hombres (sin ser estos sus parejas o exparejas). La realidad es que la violencia doméstica no es más que una representación más de la violencia contra la mujer. Sin embargo, en este trabajo, se utilizará el término VG de la misma manera que se utiliza en la Ley Orgánica 1/2004.

Hay definidos distintos tipos de VG:⁵

- Violencia física. La violencia física se describe como el uso de la fuerza de forma intencionada con el objetivo de causar daño, en forma de golpes, fracturas, quemaduras... esta forma de violencia también implica violencia psicológica.
- Violencia sexual. Se describe como la imposición de un comportamiento sexual hacia la mujer en contra de su voluntad, a través de la fuerza o las amenazas (por tanto, puede implicar así mismo violencia física y psicológica). Puede existir contacto corporal (obligar a la mujer a mantener relaciones sexuales contra su voluntad), puede no existir (mandar mensajes obscenos sin su consentimiento, por ejemplo) o puede darse a través de la vulneración de sus derechos sexuales (la mutilación genital).
- Violencia psicológica. La violencia psicológica se describe como una conducta que se lleva a cabo deliberadamente para conseguir el sometimiento de la mujer y que vulnera su integridad psíquica, así como su dignidad como persona. Se da en forma de amenazas, menosprecios, humillaciones, aislamiento social, chantaje...

1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA.

1.2.1. Prevalencia.

La prevalencia de VG varía según diversos factores: edad, contexto geográfico donde se estudie, poblaciones, etc. Según un informe publicado por la OMS en 2013, alrededor de un 30% de las mujeres (a nivel mundial) que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia doméstica (física o sexual). En algunas zonas geográficas (África, Sudeste asiático y este de Europa), este porcentaje puede llegar hasta el 38%.⁶

En España, según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en 2015, el 10,7% de las mujeres (mayores de 16 años) declaró haber sufrido maltratos físicos por parte de exparejas y seguir sufriendolos en la actualidad, moderados o graves; mientras que el 17,6% declaró haber sufrido malos tratos físicos por parte de su expareja, pero no estar involucrada en una relación de maltrato en la actualidad.⁷

Casi el 9% de las mujeres que habían tenido pareja alguna vez declararon haber sufrido empujones o tirones de pelo alguna vez, mientras que casi el 8% declaró haber sido abofeteada o que su pareja/expareja le tiró algún objeto. Otro tipo de agresiones, más violentas, se dieron en menor medida. De este porcentaje de mujeres, el 85,2% declaró que había sido de forma reiterada.⁷

Además de la citada Macroencuesta, en España se han realizado otras investigaciones para identificar la prevalencia de la VG.

Ruiz Pérez I et al, llevaron a cabo un estudio en 2017 con una muestra de 10322 mujeres de entre 18 y 70 años en España en un contexto de Atención Primaria (AP). Se encontró que el 24,8% de la muestra admitió haber sufrido alguna vez algún tipo de violencia por parte de su pareja (la mitad de este porcentaje admitió haber sufrido ambos tipos de violencia, física y psicológica; después, la más prevalente fue la psicológica). El estudio mostró que la violencia doméstica era más común en mujeres que no eran de origen español, en mujeres divorciadas y en mujeres jubiladas y que aumentaba cuando disminuía el nivel de estudios.⁸

En otra investigación realizada por Martín Baena D et al, se encuestaron a 1076 mujeres españolas de entre 18 y 25 años en un contexto de AP, se detectó que el 27.6% habían sido víctimas de violencia de género, de las cuales 42.7% habían sido víctimas de violencia por parte de sus parejas. Se observó una relación entre el desempleo y un bajo

nivel de estudios con haber sufrido violencia. Sin embargo, no se encontró relación con el estado civil.⁹

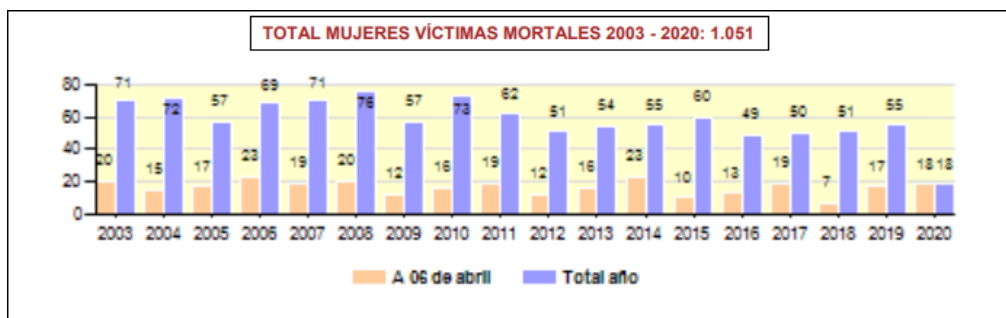
En Santa Cruz de Tenerife (España) se llevó a cabo un estudio analítico transversal de mano de González Losada J et al en 2012 sobre 299 mujeres mayores de 18 años. Se detectó que el 51.5% habían sufrido VG, siendo la psicológica la más frecuente, seguida de la física. De este porcentaje, el 72% constaba en la historia clínica (HC) de la paciente y al 35.1% se le había realizado el cribado.¹⁰

1.2.2. Mortalidad.

De acuerdo con una investigación publicada por la OMS en 2013, el 38% de los asesinatos de mujeres son a manos de sus parejas o exparejas. Esta cifra aumenta en países del Sudeste Asiático y en África, que llega hasta un 55 y 41%, respectivamente.⁶

A nivel nacional, 1051 mujeres han sido declaradas asesinadas a manos de su pareja desde 2003. Como se puede ver en el **gráfico 1**, ofrecido por el Ministerio de Igualdad en 2020, las cifras se mantienen constantes entre 50 y 70 víctimas por año desde 2003.¹¹

Gráfico 1. Número de víctimas mortales de VG de 2003 a 2020.



Fuente: Ministerio de Igualdad

1.2.3. Consecuencias.

La VG tiene consecuencias negativas para las mujeres que la sufren. Basándonos en la literatura analizada, las mujeres víctimas de violencia por parte del compañero íntimo tienen peor estado de salud que el resto de las mujeres (síndrome de estrés post-traumático, síntomas somáticos, depresión...).^{9,10,12}

En una investigación realizada por González Losada J et al en España, en 2012, se estudió el estado de salud de 1076 mujeres de entre 18 y 25 años, 27.6% de las cuales habían sufrido VG (y casi la mitad de estas, violencia por parte de sus parejas). Se estudiaron 4 indicadores de salud (autopercepción de salud, estrés psicológico, síntomas somáticos y uso de medicación) y se encontró que las mujeres que habían sufrido violencia doméstica tenían dos veces más probabilidades de tener peores resultados en estos indicadores que

las mujeres que no la habían sufrido.⁹ En otro estudio, también se encuentra relación entre la falta de apoyo social (especialmente en mujeres que sufren maltrato frecuente) y la ansiedad y/o depresión con la violencia de pareja.¹⁰

En Australia se estudiaron 272 mujeres maltratadas de entre 16 y 50 años y se observó que el 31.6% tenía mala salud general y el 67.9% bajo apoyo social. Además, casi 1 de cada 3 mujeres estaba con tratamiento antidepresivo. Las mujeres que sufrían violencia doméstica severa (33%) fueron las que obtuvieron los peores resultados en salud (altas probabilidades de sufrir síndrome de estrés postraumático y de estar en tratamiento antidepresivo). Se determinó que la muestra de mujeres maltratada tenía peor calidad de vida y peor estado de salud mental en comparación con la media de mujeres australianas. Cabe destacar, que el 64% habían sufrido abuso sexual durante la infancia.¹²

Como se puede ver en la **tabla 1**, en 2013, la OMS redactó un documento mostrando las principales consecuencias de la VG en las mujeres:¹³

Tabla 1. Consecuencias de la VG en las mujeres.

Físicas	Sexuales y reproductivas
<ul style="list-style-type: none"> • lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes • lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen • afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico • muerte, por ejemplo por femicidio o en relación con el sida 	<ul style="list-style-type: none"> • embarazo no planeado o no deseado • aborto o aborto inseguro • infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH • complicaciones del embarazo o aborto espontáneo • hemorragias o infecciones vaginales • infección pélvica crónica • infecciones de las vías urinarias • fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro) • relaciones sexuales dolorosas • disfunción sexual
Mentales	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • depresión • trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios • estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático) • autoagresión e intentos de suicidio • baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • uso nocivo de alcohol u otras sustancias • múltiples compañeros sexuales • elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida • tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones

Fuente: OMS

1.2.4. Problema de salud pública.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema y sus consecuencias a corto y a largo plazo sobre la salud de las mujeres, la ONU declaró la violencia contra la mujer como un problema de salud pública en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra

la mujer de 1993, y así fue también declarada en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996 por parte de la OMS.^{1,14}

Un problema de salud pública es un problema que afecta al ámbito público y de forma generalizada en la comunidad y, por tanto, requiere una actuación por parte de los poderes públicos en general y de los servicios sanitarios en particular. Es un problema que requiere de la actuación por parte de los servicios de salud del Estado para erradicarlo.

A raíz de estas declaraciones, se realizan una serie de actuaciones tanto internacionales como europeas:

- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de la ONU. En esta declaración de la ONU de 1993, se desarrollan 6 artículos donde se define la violencia contra la mujer, se explican los tipos de violencia, se declara problema de salud pública y se habla de los derechos de las mujeres y de los deberes de los distintos organismos tanto internacionales como nacionales de cada país para protegerlos.¹
- 49ª Asamblea Mundial de la Salud. En la asamblea de la OMS en 1996, basándose en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se declara la violencia contra la mujer como problema de salud pública e insta a definir la magnitud, la causa y los tipos, así como a los diferentes estados a desarrollar medidas para erradicarla.¹⁴
- Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea (UE), publicada en Niza en el año 2000. En el artículo 23 se proclama que “la igualdad entre hombres y mujeres será garantizada en todos los ámbitos, inclusive en materia de empleo, trabajo y retribución. El principio de igualdad no impide el mantenimiento o la adopción de medidas que ofrezcan ventajas concretas en favor del sexo menos representado”.¹⁵
- A lo largo de los años, la Unión Europea ha desarrollado distintas estrategias para conseguir la igualdad de género. En 2011, se aprueba el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia

doméstica en Estambul, en el que se ratifican los convenios para erradicar la VG anteriores y se desarrollan: definición de VG, los deberes de los Estados miembros para eliminar la VG, etc.¹⁶

- En 2020, la Comisión Europea presenta la Estrategia para la Igualdad entre hombres y mujeres en Europa donde se garantiza una perspectiva de género en los ámbitos políticos europeos con acciones a desarrollar en los próximos cinco años: igualdad en los puestos de poder de distintos sectores sociales, erradicar la violencia contra la mujer, integrar la perspectiva de género en las políticas de la UE, etc.¹⁷

Además, de forma paralela, en España, se llevan a cabo una serie de avances legislativos:

- La Constitución Española declara en el artículo 14 que “los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.¹⁸
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, trata de dar un enfoque holístico a la VG, proteger a la mujer en los distintos ámbitos de la sociedad, medidas de prevención y detección de la VG...⁶⁴ A raíz de esta ley, se establecen organismos especializados en la VG como los Juzgados de Violencia sobre la Mujer. Según el artículo 15, “las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia”.⁴

A raíz de esta ley, se desarrolla el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, donde se expone la actuación de los servicios sanitarios a la hora de detectar y abordar la violencia de género.

- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Se insta a desarrollar medidas de actuación para erradicar la VG,

medidas de prevención, promover la igualdad de género y los derechos iguales para todos.¹⁹

1.3. TEORÍAS QUE EXPLICAN LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Hay varias teorías que pueden ayudar a explicar el por qué se produce la VG y en qué pilares se sostiene. Sin embargo, en este trabajo, se han seleccionado la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y la Teoría Ecológica del Desarrollo de Bronfenbrenner para intentar entender por qué y cómo se da la VG en nuestra sociedad.

- Teoría del Aprendizaje Social (Rotter, 1966; Bandura, 1977).

A mediados del siglo XX, Rotter desarrolla una teoría de aprendizaje social que se basa en la idea de que las formas básicas de comportarnos las adquirimos al observar nuestro entorno social. Es decir, gracias a la observación de la conducta de los demás, se puede pensar las consecuencias que va a tener la conducta y a partir de ahí, decidir cómo actuar.²⁰

La teoría de Bandura, en 1977, se basa en la idea de que se aprende de los comportamientos sociales que se observan y que esto condiciona el comportamiento. La forma de aprendizaje puede ser: en acto o vicario. En acto, cuando se tiene en cuenta las consecuencias que han tenido los comportamientos (se repiten las acciones que han sido premiadas y las que han sido castigadas, se desechan o se cambian) y vicario si se aprende de las consecuencias que tienen los comportamientos de otros (puede ser en persona o a través de medios de comunicación).²⁰

Esto ayuda a explicar por qué uno de los factores de riesgo para sufrir VG es haber sido abusada en la infancia o haber sido testigo de violencia. Si durante el desarrollo se observa a una mujer siendo maltratada, es posible que se aprenda que es un comportamiento aceptado y la violencia es lícita cuando se es mujer y se hacen cosas que “enfadan” a tu pareja.

- Teoría Ecológica del Desarrollo (Bronfenbrenner, 1987).

La teoría desarrolla que para comprender el comportamiento humano es necesario que tengamos en cuenta como se relacionan los sistemas que conforman el entorno de las personas. Para entender qué da origen a la VG tenemos que observar cómo interaccionan los factores biológicos, sociales y psicológicos y para ello propone distintos sistemas.

Cada uno de los factores estudiados influyen, pero no determinan de forma individual la existencia de violencia.²¹



Fuente: elaboración propia

Microsistema. Este sistema es el más cercano al individuo y representa los factores personales que aumentan la probabilidad de padecer VG (historia de violencia en la familia, influencia del género, roles en su familia, abuso infantil...). Estos factores influyen en la manera de responder al resto de sistemas.

Mesosistema. Representa el entorno más cercano, donde se lleva a cabo la violencia. Aquí intervienen las estrategias que utiliza el entorno familiar para resolver los conflictos, si la dinámica familiar concede poder al hombre sobre la mujer... Otro factor que influye en este sistema es el abuso de sustancias, ya que el agresor puede utilizar este abuso como excusa para perpetrar la violencia.

Exosistema. Se refiere a las estructuras que perpetúan e invisibilizan el problema excusándose en la cultura, una cultura androcentrista. Por ejemplo, la iglesia, los medios de comunicación, las leyes, el colegio... El hecho de que el entorno social más cercano lo normalice interviene en mayores niveles de VG. Se ha visto que entornos con mayor desempleo o menor nivel de estudios favorece la existencia de violencia.

Macrosistema. Representa la cultura de la sociedad donde viven las mujeres. En algunos contextos, la cultura legitima la violencia contra las mujeres (mitos sobre las mujeres, roles rígidos en la sociedad, la violencia como resolución de conflictos...) y esto influye, a su vez, en el exo y mesosistema.

2. OBJETIVOS.

El objetivo general del trabajo consiste en conocer el nivel de formación y de conocimientos que tienen los profesionales de Atención Primaria de Salud sobre la Violencia de Género e identificar el grado de detección por parte de éstos en las consultas de Atención Primaria.

Los objetivos específicos son:

- Conocer la opinión de los profesionales de Atención Primaria sobre los factores que influyen en la Violencia de Género.
- Identificar los determinantes que facilitan y/o dificultan la detección y el abordaje de la Violencia de Género.
- Conocer las dificultades percibidas por los/as profesionales sanitarios/as en su atención a la población de origen extranjero y a las mujeres embarazadas respecto a la Violencia de Género.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión narrativa de documentos relacionados con la violencia de género (VG) y el abordaje por parte de los profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud (AP).

Una **revisión narrativa** “tiene como objetivo analizar y resumir la literatura sobre un tema en particular [...] se lleva a cabo una interpretación y análisis crítico de la literatura, pero desde el punto de vista de los autores o autoras”.⁴¹

Se han realizado varias búsquedas bibliográficas en distintas bases de datos: PubMed, Cuiden y Cinahl. En PubMed y en Cinahl se han utilizado los términos MeSH. En Cuiden se utilizaron palabras clave propias de la base de datos. En la **Tabla 2** se puede ver los descriptores utilizados en cada base de datos.

Tabla 2. Descriptores utilizados en las bases de datos consultadas.

Bases de Datos	Descriptores utilizados
PubMed	<i>Spouse Abuse - Domestic Violence</i> <i>Intimate Partner Violence - Gender-Based Violence</i> <i>Primary Care Nurses - Primary Health Care</i> <i>Child - Child Abuse</i>
Cuiden	<i>Maltrato - Violencia de Género</i> <i>Atención Primaria de Salud</i> <i>Niños - Personas mayores</i>
Cinahl	<i>Intimate Partner Violence - Gender-Based Violence</i> <i>Primary Health Care</i>

Fuente: elaboración propia.

Además, para concretar los resultados de la búsqueda, se utilizaron los siguientes operadores booleanos: OR, AND y NOT. OR para los descriptores que eran sinónimos, AND para los descriptores que tenían que estar presentes en cada artículo y NOT para excluir descriptores que no se quería que estuviesen presentes.

Para limitar la búsqueda se utilizaron los siguientes filtros: idioma (artículos escritos en inglés o en español) y publicados en los últimos 10 años (2010 a 2020). Además, se definieron criterios para seleccionar los artículos. Los criterios que se utilizaron fueron:

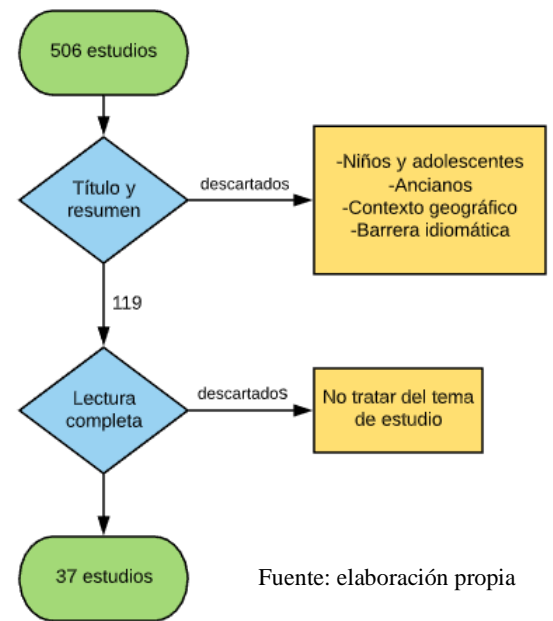
- **Criterios de inclusión:**
 - Artículos cuya población fuera mujeres mayores de edad.
 - Artículos desarrollados en un contexto occidental (Europa, Norteamérica o Australia).
 - Artículos publicados en los últimos 10 años (2010-2020).

- **Criterios de exclusión:**

- Artículos cuyo tema de estudio fuera el abuso infantil y/o adolescente.
- Artículos que se centraban en abuso a ancianos.
- Artículos que se centraban en el bullying.

Se identificaron un total de 506 artículos. Tras la lectura del título y del resumen se descartaron 387 artículos por varias razones:

- Se trataba de investigaciones cuya población de estudio eran los niños y/o los adolescentes o la población anciana. Se trataba de estudios cuyo objetivo era estudiar el abuso que se producía sobre estos grupos de forma específica.
- El contexto geográfico del estudio estaba fuera de los límites (en Sudamérica, África o Asia).
- Barrera idiomática, ya que había estudios en portugués.
- Una limitación metodológica, ya que había estudios a los que no se podía acceder con la suscripción que nos ofrece la universidad y que no estaban abiertos al público.



Fuente: elaboración propia

Finalmente, se realizó una lectura completa de los estudios y se descartaron 82 artículos. La razón fue que los estudios descartados no ofrecían información relacionada con los temas que se querían tratar en esta revisión narrativa. En la **tabla 3** se muestran las búsquedas textuales utilizadas en las bases de datos.

Tabla 3. Búsquedas textuales utilizadas en cada base de datos.

Bases de datos	Búsqueda textual	Resultados	Resumen	Lectura
PubMed (1ª búsqueda)	((("Spouse Abuse"[Majr] OR "Domestic Violence"[Majr]) OR "Intimate Partner Violence"[Majr]) OR "Gender-Based Violence"[Majr]) AND "Primary Care Nurses"[Majr] NOT "Child"[Majr])	4	1	1

PubMed (2ª búsqueda)	(((((("Spouse Abuse"[Majr]) OR "Domestic Violence"[Majr]) OR "Intimate Partner Violence"[Majr]) OR "Gender-Based Violence"[Majr]) AND "Primary Health Care"[Majr]) NOT "Child Abuse"[Majr])	111	46	14
Cuiden	(([cla=Maltrato]) OR (([cla=Violencia de género]) AND (([cla=Atención primaria de salud]) AND (NOT((([cla=Niños]) AND (NOT ([cla=Personas mayores]))))))))	365	56	19
Cinahl	(MM "Intimate Partner Violence/NU") OR (MM "Gender-Based Violence/NU") AND (MM "Primary Health Care/ED")	26	16	3
Total		506	119	37

Fuente: elaboración propia

Cabe destacar que algunos de los artículos finalmente seleccionados para la revisión se encontraban duplicados en las diferentes búsquedas y que otros de los estudios utilizados para el desarrollo de este trabajo han sido seleccionados a raíz de las referencias bibliográficas de los estudios encontrados. Además, también aparecen referencias bibliográficas consecuencia de la consulta en páginas web de organismos oficiales y de asociaciones profesionales de la salud.

4. RESULTADOS.

Los resultados se han organizado en 5 bloques: conocimientos, opinión de los sanitarios, barreras, facilitadores y grupos vulnerables.

- El bloque de conocimientos aborda la formación que han obtenido los profesionales de AP respecto a la VG, el nivel de conocimiento que presentan, la autopercepción de este conocimiento y el grado de detección que se da en la actualidad.
- El bloque de opinión analiza lo que piensan los sanitarios respecto a la frecuencia de la VG y la gravedad y los mitos y creencias que tienen sobre factores de riesgo.
- El bloque de barreras analiza los determinantes que identifican los profesionales que dificultan a la hora de detectar y abordar la VG
- El bloque de facilitadores aborda los determinantes que identifican los profesionales que facilitar la detección y el abordaje de la VG.
- Por último, el bloque de grupos vulnerables aborda la magnitud de la VG en ciertos grupos de la sociedad (mujeres de origen extranjero y mujeres embarazadas) y las barreras que identifican los sanitarios a la hora de abordarla.

4.1. CONOCIMIENTOS.

Se considera que la formación de profesionales sanitarios en VG es importante para poder abordar adecuadamente la situación. Según la OMS en 2014 “los proveedores de servicios de salud que entran en contacto con mujeres que han sufrido actos de violencia deben estar capacitados para identificar los signos propios de estas situaciones y responder de manera adecuada y segura”.²² En el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género publicado por el Gobierno de España en 2012 se plantea que “es importante que el personal sanitario los conozca [*signos y síntomas*] y mantenga una actitud de alerta en la consulta para identificar los casos”.²³

Por eso, en este apartado se plantea determinar el nivel de conocimiento que sugerían los sanitarios que trabajaban en AP. Se identificaron 4 apartados: nivel de formación recibida, nivel de conocimientos percibidos, autopercepción de conocimientos y detección de casos.

4.1.1. Nivel de formación recibida.

Muchos de los sanitarios encuestados indican no haber recibido nunca formación sobre VG. Rodríguez Blanes GM et al afirma en su investigación (realizada en Centros de Salud (CS) de Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana y la Región de Murcia) que el 19.2% de los profesionales del Equipo de Atención Primaria (EAP) encuestados refirió no haber recibido ninguna formación sobre VG.²⁴ Estos resultados contrastan con los ofrecidos por Arredondo Provecho AB et al en un estudio realizado en la Comunidad de Madrid a profesionales de todo el EAP donde se encontró que casi un 65% de los sanitarios no habían recibido nunca formación sobre el tema.²⁵

En el estudio de González Da Silva J, cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimiento que poseen las enfermeras acerca del protocolo, solo el 28.8% afirmó haber recibido formación previa sobre la VG.²⁶ Esto concuerda con otros estudios como el de Bou Ramón LC et al cuyo objetivo fue comprobar si la enfermería estaba preparada para actuar frente a un caso de VG, la muestra fue de 68 enfermeros de la Comunidad Valenciana y se comprobó que el 70% de los encuestados no había recibido formación sobre el tema.²⁷

Se puede destacar el estudio de Murillo P et al donde se afirma que las trabajadoras sociales y las sexólogas habían recibido más horas de formación respecto a los médicos de familia y a las enfermeras; sin embargo, cabe decir que la muestra de profesionales era muy diferente (120 médicos, 80 enfermeras, 12 trabajadoras sociales y 8 profesionales entre los que se encontrarían las sexólogas).²⁸

En este mismo estudio se estipula 21 horas el promedio de tiempo de formación recibida, pero llama la atención que solo el 30% recibiera un entrenamiento formal.²⁸ Respecto a este tema, hay otra investigación que analiza el número de horas de formación recibida, donde se estipula 7.66 horas la media de horas de formación (donde casi el mismo porcentaje, 35.7% de los encuestados, dijo haber recibido entrenamiento formal).²⁵ Ambos se realizaron en España (en Ourense y Madrid, respectivamente), con 7 años de diferencia y con una muestra de profesionales y edad media similar.

Lo que sí se afirma tras el análisis de la literatura obtenida es que la formación efectivamente está relacionada con el nivel de conocimientos y con el nivel de detección de situaciones de VG.²⁸ Además, se puede añadir que la mayoría de los profesionales encuestados en la literatura consultada piensa que es una de sus competencias y cree

necesaria la formación en este campo para poder actuar de forma correcta en su labor como profesional.^{26,27,29,30}

4.1.2. Nivel de conocimientos adquiridos.

Respecto al nivel de conocimientos de los profesionales, se puede decir que se encuentran cifras similares en la literatura analizada. Alrededor del 60% de los enfermeros encuestados en distintos estudios demostraron tener un nivel de conocimiento medio sobre la VG.^{26,31} Además, en la investigación de Valdés Sánchez CA et al, el 33.3% de las enfermeras encuestadas tenían un nivel alto.³¹ En el artículo de Arredondo Provecho et al publicado en 2012, las enfermeras encuestadas también demostraron tener un nivel medio de conocimientos.²⁵ Si bien cabe destacar que en uno de los estudios analizados se encuentra con que los profesionales casados o que viven en pareja tienden a tener un mayor nivel de conocimiento sobre el tema.³²

4.1.3. Autopercepción del conocimiento.

Atendiendo esto, es importante, así mismo, destacar como perciben los profesionales su propio conocimiento. En el estudio de Goicolea I et al, donde se pone en marcha un estudio para evaluar qué factores generaban una respuesta sanitaria frente a la VG, se afirma que se llegó a una relación positiva entre una autopercepción positiva sobre el conocimiento y la probabilidad de realizar preguntas sobre VG a las mujeres.³²

Algunos artículos demuestran que solo alrededor del 20% de profesionales se sienten preparados para abordar el tema.^{33,34} En contraposición, podemos encontrar el estudio de González Muñoz PF et al realizado en Málaga, donde casi el 57% de la muestra estudiada no sentía que poseyera los conocimientos necesarios para la detección de la VG.³⁵ También se encuentran datos sobre el tipo de violencia más fácilmente abordable, la violencia física se encuentra como el tipo de VG para la cual los profesionales se encuentran más preparados.⁵

Sin embargo, los sanitarios defienden en otro estudio que la violencia psicológica es la que más se da, lo que concuerda con la prevalencia de cada tipo de violencia.^{8,35}

4.1.4. Detección de casos.

Al hablar de la detección de casos, es importante recordar varios elementos que influyen: planteamiento de la violencia de género como diagnóstico diferencial, si los profesionales mantienen una actitud expectante frente a la VG y el protocolo de actuación (si saben cómo detectarlo).

Según Gálvez Andrés A et al, “en ocasiones, es difícil identificar la violencia de género y puede confundirse con situaciones conflictivas de pareja o violencia cruzada, lo cual puede tener como consecuencia un tipo de intervención diferente. Para realizar un adecuado diagnóstico diferencial, debemos explorar si existe de forma basal una relación de asimetría o desequilibrio de poder y los sentimientos y emociones asociados de la mujer en relación con los conflictos, en particular el miedo y la culpa [...] es necesario hacer una reconstrucción del clima emocional relacional”.³⁶

Es decir, a la hora de enfrentarse a un caso de VG, como profesionales se debe, como se ha visto, tener formación para saber identificar signos y síntomas y cómo actuar. Además, mantener una actitud expectante frente a cualquier posible situación de maltrato. Es decir, explorar el tipo de relación sentimental que mantiene la mujer con su pareja para descubrir si se basa en una desigualdad de poder, si existe ciclo de violencia y los sentimientos de la mujer frente a la situación.

Para poder detectar estas situaciones, el Ministerio de Sanidad español actualiza en 2012 el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. En él, propone preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acudan al CS sobre la situación en casa con su pareja, es decir, realizar un cribado universal a todas las mujeres, independientemente de que haya sospecha o no, y dejarlo registrado en su historia clínica (siempre y cuando no figure en su historial que se le haya preguntado o que sí figure, pero hace tiempo).²³

En un estudio, se plantea la posibilidad de que la existencia, el conocimiento y el uso de protocolos facilita la detección porque guían en el abordaje (muestran los pasos a dar), aumenta la seguridad en los profesionales (lo que facilita el abordaje) y les mantiene alerta a la hora de plantear la VG como diagnóstico diferencial.⁴⁷ Sin embargo, aunque su efectividad no está demostrada en sí misma, la literatura muestra que su uso combinado con otros determinantes (como la motivación personal, un ambiente adecuado en el centro o el trabajo en equipo) aumenta la probabilidad de realizar cribado universal, aumenta el uso de buenas respuestas de los profesionales y son básicos a la hora de implementar estrategias de prevención a posteriori.^{24,32,37}

A pesar de esto, un alto porcentaje de profesionales sanitarios admiten no aplicar el protocolo en las consultas. Los porcentajes varían entre el 45 y el 80% de los encuestados que admiten no utilizarlo.^{24,25,26,27,35} Por otro lado, en otros artículos consultados llama la

atención que identifican como barrera frente al abordaje la falta de protocolos o la dificultad para aplicarlos en la vía diaria.^{29,38,39}

- El protocolo de actuación español plantea el cribado a cualquier mujer que aparezca en la consulta, independientemente de si es la primera vez con ese profesional o no. Respecto a esto, hay un estudio que muestra que los médicos de AP mostraban una actitud distinta a la hora de realizar el cribado dependiendo de si se trataba de un paciente habitual o no; había profesionales que decían encontrar difícil realizar el cribado si era la primera vez que veía a ese paciente.⁴⁰ En otro estudio, sin embargo, contraponiendo la anterior situación, hubo profesionales que dijeron que conocer a la paciente, y por tanto, mantener una relación de confianza con ella, hacía más difícil la realización del cribado porque les daba vergüenza y tenían miedo de romper la relación con ellas.⁴¹
- Según la literatura, el nivel de conocimiento está directamente relacionado con aplicar el protocolo. Es decir, que un mayor nivel de conocimiento estaba relacionado con una mayor aplicación del protocolo.^{28,31}

Respecto al cribado, la OMS no recomienda la realización de cribado universal a todas las mujeres porque, aunque sí está demostrado que aumenta la detección, no está demostrado que ayude a disminuir los casos de violencia de género. Por tanto, esta organización recomienda que se realice cribado única y exclusivamente cuando la mujer presente signos o síntomas de maltrato (afecciones de salud mental, lesiones físicas, infecciones de VIH, en el entorno de visitas prenatales...), siempre en un ambiente privado, seguro y donde se pueda asegurar la confidencialidad.²²

Sin embargo, en varios estudios solo alrededor del 60% de las enfermeras encuestadas mantenían una actitud expectante frente a un posible diagnóstico. Los datos sobre si se planteaban un diagnóstico diferencial varían, en el estudio de González Muñoz et al, cuya muestra fue de 58 enfermeras de Málaga, el 24% sí se lo planteaba como diagnóstico diferencial, mientras que en el estudio de Arredondo Provecho et al, cuya muestra fue de 64 enfermeras de la Comunidad de Madrid, se lo planteaba casi un 60%.^{25,35}

Respecto a la detección en sí misma, al fijarse en la prevalencia de casos de mujeres maltratadas y los casos que identifican los profesionales, se observa mucha diferencia. Por ejemplo, en un estudio realizado en Málaga se afirma que el 82.8% de las enfermeras

encuestadas no había detectado ningún caso de VG en los últimos 3 meses y en otra investigación realizada en el Principado de Asturias se habla del 71%.^{31,35} Algunos autores estiman que más del 70% de los casos no se detectan y que, los que se detectan, tardan entre 6 y 10 años.⁴²

Por último, hay que destacar un estudio realizado por Bou Ramón LC et al, donde se plantea que los enfermeros hombres afirmaban haber detectado en mayor porcentaje (71.6%) algún caso de VG frente al porcentaje de mujeres que así lo afirmaba (41.2%).²⁷

4.2. OPINIÓN DE LOS SANITARIOS.

Según la literatura, los sanitarios están de acuerdo en que la VG es un problema que compete a su profesión.³⁴ De hecho, en el estudio llevado a cabo por Bou Ramon LC et al, un 82,35% de los sanitarios opinaban que era fundamental que el personal enfermero actuara frente a estos casos.²⁷ Esta cifra es muy similar a la dada en otra investigación donde se afirmaba que el 82,76% de las enfermeras encuestadas pensaban que desde su labor profesional podían contribuir a la erradicación de la VG.³⁰

Respecto a la opinión de los sanitarios sobre la VG, después de consultar la literatura, se identifican 3 apartados: frecuencia, gravedad y mitos y creencias.

4.2.1. Frecuencia.

Según la investigación de Gonzalez Muñoz PF desarrollada en 2017 en una población del norte de Málaga, el 58.6% de los enfermeros consultados piensan que la VG es un problema bastante frecuente.³⁵ Dato bastante similar a otro estudio, donde alrededor del 50% de los profesionales enfermeros consultados pensaban que era bastante frecuente.²⁵ En contra posición, cabe destacar el estudio de Martínez Galiano JM publicado en 2011, donde el 93.1% de los profesionales pensaba que eran menos de 10 mujeres al año, respecto de las mujeres que atienden, las que estaban sometidas a este tipo de maltrato.³⁰

4.2.2. Gravedad.

Muchos profesionales de AP opinan que la VG es un problema grave o bastante grave. En la investigación de González Muñoz PF, donde se pretendía evaluar el conocimiento de las enfermeras, con una muestra de 58 profesionales, alrededor del 70% afirmó que la VG era un problema grave o bastante grave.³⁵ Una cifra similar al estudio publicado por Arredondo Provecho et al en 2012 con una muestra de 64 enfermeras de la Comunidad de Madrid, donde el 64% opinaba que era un problema importante o bastante importante.²⁵

González Muñoz PF et al destaca que el 88% pensaba que era un problema que pasaba desapercibido, también similar a los datos que nos ofrece Arredondo Provecho AB et al donde alrededor del 80% de las enfermeras encuestadas opinaba lo mismo.^{25,35}

4.2.3. Mitos y creencias de los profesionales.

Las creencias y los mitos falsos que rodean la sociedad respecto a la VG también se pueden encontrar en los profesionales sanitarios. Esto hace que sea más difícil detectar los casos, pues influye en el abordaje del problema.⁵

- Causas.

En base a diferentes publicaciones, como la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU en 1993 o la de Rangel da Silva L, “el desequilibrio de poder a favor del hombre caracteriza la desigualdad de género, ello denota privilegio y es contrario al principio democrático de igualdad. Con todo, existen formas sociales de reproducción de la violencia a través de la familia que naturalizan el fenómeno”.⁴³ Es decir, la realidad es que la VG se da en un contexto en el que existe una desigualdad y, por tanto, aunque haya determinantes que puedan desencadenar el momento de explosión de la violencia, como el alcohol, el único factor de riesgo para sufrir VG sería ser mujer.^{1,5,43}

Según dos artículos distintos, los encuestados opinaban que el agresor, en la mayoría de los casos, tenía problemas con el alcohol o con otras drogas.^{5,34} Sin embargo, en el estudio publicado por Arredondo Provecho AB et al en 2012, para el 74% de las enfermeras, los agresores no tenían ninguna característica especial similar, sino que representaba un grupo heterogéneo.²⁵

Teniendo en cuenta las investigaciones de Martínez Galiano JM, el 79,31% de los encuestados opinan que el principal factor de riesgo es ser mujer, seguido de tener una dependencia afectiva con el maltratador (12,64%), de tener bajo nivel socio económico (6,9%) y de ser inmigrante (1,15%).³⁰ Esto concuerda con las conclusiones sacadas por Pérez García C, donde afirma que los principales factores de riesgo para ser víctima de VG son: dependencia al maltratador, bajo nivel educativo, haber sido testigo de violencia en la infancia y recrear los roles “femeninos” impuestos por la sociedad de sumisión. También afirma que la principal causa es el desequilibrio de poder entre género.⁵

- Nivel socioeconómico.

Respecto a los factores de riesgo que aumentaban la probabilidad de padecer VG, en muchos artículos se habla de clase social o nivel socio económico. En el estudio de Macías Vaz AM en 2016, el 58,2% de los encuestados opinaba que el principal factor de riesgo era pertenecer a una clase social baja y el 78,2% opinaba que era no tener educación, ser ama de casa o extranjera.²⁹

En la investigación publicada por González Muñoz PF en 2019, el 70% de las enfermeras encuestadas opinaba que afectaba a todas las clases sociales y el 55.2% que estar separada/divorciado o estar en trámites, era un factor de riesgo.³⁵ Esto concuerda con lo que afirma Arredondo Provecho AB et al, donde el 55% de las enfermeras encuestadas opinaba que afectaba a todas las clases sociales y que el divorcio era el principal factor de riesgo.²⁵

Con todo esto, es interesante mencionar el estudio de Ruiz Pérez I et al, donde se estudió la prevalencia de mujeres maltratadas en España y sus características principales. En este estudio, se afirma que el 24,8% de las encuestadas habían sufrido algún tipo de VG en toda su vida. El abuso psicológico fue el más prevalente, aunque el físico y el psicológico juntos fueron los que más se dieron.⁸

En este estudio, también se mencionaba que el porcentaje de mujeres que habían sufrido VG era mayor entre las mujeres cuyo origen no era español que entre las que sí lo eran (36,2% frente al 23,9%, respectivamente). Además, también era más común en mujeres con menor grado de formación, así como aumentaba con la disminución de los ingresos mensuales (violencia física y psicológico). Aumenta el riesgo en mujeres separadas o divorciadas y aumenta con la edad y el número de hijos.⁸

4.3. DETERMINANTES QUE SUPONEN UNA BARRERA A LA HORA DE DETECTAR Y ABORDAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Como se ha visto, tanto la OMS como el gobierno de España coinciden en la importancia de los profesionales sanitarios a la hora de detectar la VG, así como de estar preparados para abordarla. Además, también se ha visto que los profesionales no están suficientemente capacitados para ello y que existe una infra detección. Se ha analizado la literatura para saber qué determinantes interfieren en que los profesionales sanitarios de AP no estén abordando adecuadamente la VG.

Las dificultades que más se repiten entre los profesionales son: falta de tiempo y falta de formación.

- Falta de formación. En un estudio donde se encuesta a 114 enfermeras, el 63.2% considera la escasa formación como principal barrera para el diagnóstico (siendo las enfermeras con menor índice de detección las que más lo demandan).³¹ Esto coincide con otros estudios donde enfermeras y médicos opinan que la falta de formación es una barrera en el abordaje de la VG; por ejemplo, en el estudio de González Muñoz PF et al, el 38% de las enfermeras lo detectaba como la principal y en el artículo de Arredondo Provecho AB et al, el 23.5%.^{25,29,35,38,44,45}

En otro estudio con 160 participantes (EAP al completo), los sanitarios admiten que la formación recibida se basa en un enfoque biomédico, por lo que no saben cómo abordar situaciones desde un punto holístico (lo que ayuda a abordar la VG).⁴¹

Muchas veces las mujeres víctimas de VG acuden al CS con somatización psicosocial, lo que supone que sus dolencias no derivan de una causa orgánica, sino del sufrimiento psicológico y social. Si la formación recibida por los sanitarios no está basada en un enfoque donde se tengan en cuenta las 3 esferas: biológica, psicológica y social, será difícil detectar la causa y dar una atención integral.⁴⁶ Esto concuerda con el estudio de Po-Yan Leunga T et al, realizado en Australia donde se afirma que es necesario abordar la esfera psicológica y social de la víctima para llegar al origen de la situación y que, normalmente, la educación formal que se ofrece a los sanitarios está basada en el enfoque biomédico.⁴⁰

Es similar a lo que aparece en otra investigación, en un contexto español, donde se afirma que hay una falta de formación en el enfoque bio-psico-social que dificulta que se asista a las víctimas de forma holística.⁴⁷

Por otro lado, la falta de conocimientos se relaciona con una menor aplicación del protocolo. Esto también supone una barrera, ya que los profesionales no saben qué hacer para detectarlo, cómo actuar una vez detectado, etc.³¹

- Falta de tiempo. Es, probablemente, la barrera que más identifican los sanitarios de AP a la hora de abordar la VG.^{25,29,35,38,41,44,48} Actualmente, los médicos de Atención Primaria poseen 5 minutos para cada consulta y los enfermeros, 15 minutos. Son múltiples los estudios que identifican estos tiempos como insuficientes para detectar la VG. En una investigación que se llevó a cabo en varios países europeos, los profesionales encuestados de Austria indicaron que la falta de tiempo y la presión asistencial eran las principales barreras que detectaban.³³

En la investigación de Rodríguez Blanes GM et al, los participantes encuestados afirman que la falta de tiempo muchas veces es suplida por las características de los CS, como continuidad en los cuidados. Sin embargo, muchos de estos profesionales admiten que a veces esta continuidad también supone una barrera, principalmente porque esto conlleva a que el sanitario haya desarrollado una relación de confianza que le dé miedo a perder.⁴¹ Cabe destacar que en el estudio publicado por Valdés Sánchez CA et al en Oviedo no se encuentra relación entre la falta de tiempo y la infra detección de casos.³¹

La falta de tiempo, además, está relacionada con la **presión asistencial**. Los sanitarios advierten que la ratio enfermera-paciente es muy elevado y no pueden atender bien a todos pues cada vez tienen más pacientes que atender al día y no pueden dedicarles el tiempo necesario a todos.^{29,31,38,48}

Otras de las barreras que identifican son:

- Dificultad para el trabajo en equipo.^{29,33,44} Es decir, falta de espacios habilitados donde los sanitarios puedan compartir conocimientos y experiencias y trabajar en equipo. En un artículo habla de que estos espacios proporcionan a los profesionales seguridad y una fuente de apoyo.⁴⁹ En el estudio de Goicolea I et al también se identifica esta barrera y se añade que esto dificulta el trabajo en equipo.⁴¹
- Falta de perspectiva de género. Muchas veces, la falta de detección viene acompañada por concepciones sexistas que culpan a la mujer maltratada del maltrato; es decir, los falsos mitos o creencias que rodean la VG hace que los profesionales tengan pensamientos distorsionados y que atribuyan ciertas conductas a las mujeres víctimas de VG como puede ser culpabilizarla por seguir con su maltratador, por ser sumisa, pensar que es un problema del ámbito privado y que no tienen que intervenir...^{29,39,44,47,49}
- Falta de intimidad. Una característica común en las mujeres maltratadas es que acuden a los servicios de salud acompañados de su maltratados. Esto lleva a falta de privacidad en la consulta y a que el personal se sienta cohibido a la hora de preguntar a la mujer, lo que conlleva una barrera a la hora de la detección.^{33,41,44} Tanto la OMS como el gobierno de España recomiendan a los profesionales preguntar a solas y sin que la pareja esté presente en la consulta, para facilitar la seguridad de la paciente y del facultativo.^{22,23} De hecho, en España, muchas veces el agresor y la víctima son pacientes de la misma enfermera y médico, esto también se identifica como barrera.⁴¹

En el estudio que se llevó a cabo en varios países de Europa, esto también se puso de manifiesto en Francia y Alemania, donde los profesionales pensaban que la falta de intimidad era clave en la infradetección.³³

En otros artículos, además, se habla de:

- Falta de apoyo institucional: los profesionales advierten que muchas veces el centro donde trabajan no les ayuda cuando quieran realizar actividades de

sensibilización en la comunidad y que a menudo tienen que pedir a compañeros que les cubran en su trabajo diario para poder acudir. Esto los lleva a la desmotivación personal y consigue que dejen de realizar estas actividades.⁴¹

- Falta de recursos: la falta de recursos hace que aumenta la carga de trabajo y, por tanto, disminuya el tiempo que tienen los profesionales para tratar con los pacientes. Esto hace que dificulte la detección. Además, en estas situaciones, los profesionales admiten dar prioridad a otras situaciones que requieren menos tiempo de actuación y que consideran más urgentes.^{30,44,48}
- Existencia de jerarquías: declaran que los médicos tienen más credibilidad que otros profesionales como las enfermeras o las trabajadoras sociales que tienen más tiempo y, en el último caso, más conocimiento para abordarlo.⁴¹
- Miedo a represalias por parte del maltratador: tanto a la víctima como a ellos mismos. Miedo a que el maltratador se entere y agrede a la víctima o incluso pueda ir a agredirle a él.^{25,41,44}

4.4. DETERMINANTES QUE FACILITAR LA DETECCIÓN Y EL ABORDAJE DE LA VG.

La literatura identifica varios determinantes que facilitan la detección y el abordaje de la VG:

- Motivación personal. Según varios artículos, la motivación individual de cada profesional intervenía positivamente en la motivación del grupo.^{41,47,48,50} De hecho, un estudio publicado por Rodríguez Blanes GM et al, habla de varias formas de motivación, una de ellas es la de profesional a profesional. En dicho ensayo, los profesionales motivados con el tema (tenían más conocimientos e iniciativa personal) ayudaban al resto, lo que hacía que se interesaran sobre el tema y aumentara su motivación e iniciativa propia.⁵⁰ En otro estudio, se habla de que el apoyo de compañeros, así como el apoyo institucional facilitaba tanto la detección como el abordaje, haciendo que estos mejorasen al aumentar la seguridad y la confianza en sí mismos.⁴⁰
- Relación terapéutica. En el mismo estudio se habla de que la relación de confianza entre profesional y paciente facilita la detección y el abordaje. La escucha activa, la empatía, no juzgar a la paciente... estas actitudes tenían un impacto positivo.⁴⁰ Esto está relacionado con la relación de confianza que se desarrolla entre el profesional y el paciente, que facilita la comunicación entre ellos y, por tanto, que las víctimas se abran a los sanitarios.
- Trabajo en equipo. La literatura nos dice que compartir conocimiento y experiencia entre compañeros, el apoyo que te da el trabajo en equipo y la existencia de profesionales preparados y motivados aumentan la probabilidad de detectar VG.^{40,41,47} Especialmente, la existencia de trabajadores sociales en el equipo, especialmente si están preparados y motivados, facilita el compromiso del resto de profesionales.^{41,47,49} Según un estudio publicado en 2017, las trabajadoras sociales, junto con las sexólogas, eran las que más conocimiento y formación tenían sobre el tema, por lo que su inclusión en el equipo favorecía al resto.²⁸

El hecho de que todo el personal del equipo multidisciplinar está preparado, conozca su papel y actúen juntos con un objetivo común facilita la detección y el abordaje de la VG.

- Buena autopercepción. Por último, en un estudio se afirmó que una buena autopercepción sobre el propio conocimiento mejoraba la actuación frente a las situaciones de VG. Además, esto también favorecía que se utilizasen los protocolos existentes.³¹ Esto concuerda con otra investigación donde se habla de que la existencia de medidas “macro”, como políticas o protocolos relacionados con el tema facilitaban el abordaje al guiarles y porque legitiman la actuación de los profesionales y se reconoce su trabajo.⁵⁰

4.5. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN GRUPOS VULNERABLES DE LA SOCIEDAD.

Pérez Contreras MM en su estudio Aproximación a un estudio sobre Vulnerabilidad y Violencia Familiar y basándose en lo que publica la Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México define, como vulnerables a “todos aquellos que, ya sea por su edad, raza, sexo, condición económica, características físicas, circunstancia cultural o política, se encuentran en mayor riesgo de que sus derechos sean violentados”.⁵¹

Además, la OMS afirma que “el lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad”.⁵²

La vulnerabilidad se podría definir, por tanto, como la incapacidad de un individuo para hacer frente a situaciones que les produce un daño o para recuperarse de estas. Esta incapacidad de enfrentarse a las situaciones puede darse dos varios factores: internos o externos.⁵¹

- **Factores internos:** aquellos determinantes que están relacionados con el individuo. Como la edad (los niños o los ancianos), ciertas situaciones de salud (enfermedad física o mental o embarazo), la etnia o una forma de vida rechazada por la sociedad (homosexualidad). Las edades extremas y las enfermedades están relacionadas con la incapacidad del individuo de ser independiente y la necesidad de otra persona para desarrollar su vida diaria, lo que le convierte en un individuo vulnerable, al no ser capaz de satisfacer sus propias necesidades.

La etnia y la homosexualidad están relacionados con estereotipos que les hacen ser víctimas de prejuicios y, por tanto, rechazo por parte de la sociedad. Eso dificulta su acceso a los derechos y a los recursos.

- **Factores externos:** aquellos determinantes que están relacionados con la sociedad. Vivir en un contexto apartado de donde se desarrolla la sociedad (acceder a los servicios públicos es más difícil y normalmente está relacionado con una comunidad más cerrada y con valores más convencionales) como pueden ser las comunidades rurales o la falta de recursos materiales debido a una distribución desigual de la riqueza o al desempleo y relacionado con la incapacidad de acceder a las mismas oportunidades que el resto, como la pobreza.

Como se ha desarrollado a lo largo de la investigación, el principal factor relacionado con la VG es ser mujer. Sin embargo, dentro del colectivo femenino, se encuentran grupos que son especialmente vulnerables frente a la VG debido a distintos factores, como las mujeres de origen extranjero y las mujeres embarazadas.

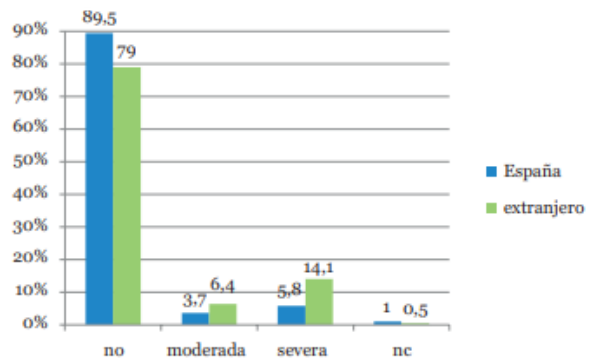
4.5.1. Mujeres de origen extranjero.

Según la Macroencuesta de Violencia

Contra la Mujer publicada en 2015, la

prevalencia de mujeres que han sufrido VG nacidas en el extranjero es siempre mayor en relación con las mujeres de origen español, como se puede ver en la **tabla 3**. Respecto a la **violencia física**, las cifras que representan la violencia sufrida a manos de cualquier pareja o por parte de

Tabla 3. Prevalencia de VG en España



Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015

la pareja actual superan el doble si las comparamos con las mujeres de origen español. Además, la severidad de la violencia también es mayor en estas mujeres, llegando a sufrirla el 14% de la población extranjera en comparación con el 5.8% de la población española.⁷

Si nos fijamos en la **violencia sexual**, las diferencias no son tan notorias, aunque sigue siendo mayor el número de mujeres de origen extranjero que la han padecido en comparación a las mujeres españolas. Prácticamente el doble, tanto por parte de su pareja actual (1.6% de mujeres españolas frente al 3.1% de mujeres de origen extranjero) como por parte de alguna de sus exparejas (12.3% en mujeres españolas y 20.3% en mujeres de origen extranjero).⁷

En relación con la **violencia psicológica**, la Macroencuesta divide la violencia psicológica en: control ejercido por su pareja, violencia emocional, sentir miedo de su pareja y violencia económica. Aumentan los porcentajes para ambos colectivos, aunque las mujeres de origen extranjero vuelven a ser más numerosas. Las cifras más altas son para el control ejercido por la para la violencia emocional.⁷

Respecto al control ejercido por su pareja actual, afirma sufrirlo el 22.3% de las mujeres de origen extranjero frente al 10.6% de las mujeres españolas. Si tenemos en cuenta la

violencia emocional, un 14.2% de mujeres extranjeras afirma sufrir violencia emocional frente al 8.6% de mujeres españolas. Si nos centramos en este tipo de maltrato sufrido por parte de exparejas, aumentan las cifras y llegan hasta casi la mitad de las mujeres de origen extranjero que han sufrido este tipo de maltrato.⁷

Alrededor del 6% de las mujeres de origen en el extranjero han experimentado el miedo por parte de su pareja actual (más del doble que mujeres españolas, cuya cifra llega al 2.5%). Esta cifra aumenta cuando se trata de alguna de sus exparejas a un 32.5% (frente al casi 20% para las españolas).⁷

Finalmente, y en relación con la violencia económica, sigue siendo una diferencia de casi el doble de mujeres, afectando a un 7.3% de mujeres de origen extranjero en el caso de la pareja actual y a un 21% en el caso de ex-parejas, frente al 2.7% y el 9.9% de mujeres españolas, respectivamente.⁷

Es decir, como se observa en la **tabla 4** en España, las mujeres nacidas en el extranjero tienen el doble de posibilidades de haber sufrido cualquier tipo de VG por parte de alguna de sus parejas. No solo eso, sino que, además, en relación con las mujeres españolas, tienen más posibilidades de sufrir un maltrato severo.⁷

Tabla 4. Prevalencia de VG según tipos en España.

	física ^{***}	sexual ^{***}	control ^{***}	emocional ^{***}	miedo ^{***}	económica ^{***}
España	9,5% / 9,2%	7,6% / 7,3%	24,3% / 23,4%	21,3% / 20,5%	12,0% / 11,6%	9,9% / 9,5%
otro país	20,5% / 19,9%	15,3% / 14,8%	42,7% / 41,5%	34,7% / 33,7%	25,0% / 24,3%	21,2% / 20,6%

Fuente: Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015

Esto coincide con la conclusión a la que se llegó en un estudio realizado por Carmen Vives et al mediante una encuesta autoadministrada a 10.202 mujeres que acudieron a centros de AP en España, cuyo objetivo fue comparar la prevalencia de la VG entre mujeres inmigrantes y españolas y describir sus respuestas ante esta situación y posibles diferencias entre ellas, se afirmó que la prevalencia de VG era mayor entre las mujeres inmigrantes (con un 14,3% en las españolas y un 27,9% en las inmigrantes). Es decir, la probabilidad de violencia de género es mayor en las mujeres inmigrantes que en las españolas.⁵³

Además, respecto a la actuación de las mujeres, se encontró que un 26.6% de las mujeres españolas acudieron a profesionales sociosanitarios mientras que, en el caso de las mujeres extranjeras, solo el 18.5%.⁵³

Es decir, las mujeres inmigrantes que residen en España tienen mayor probabilidad de sufrir VG (en relación con las mujeres que origen español) y, además, acuden menos a los profesionales sanitarios.

Respecto a la **mortalidad**, desde 2003 han sido asesinadas 1033 mujeres a manos de sus parejas o exparejas, siendo 33% el porcentaje de mujeres que eran de origen extranjero.⁵⁴ Respecto a estos datos, sin embargo, hay que tener en cuenta que hay muchas mujeres de origen extranjero que se han nacionalizado en España, según el Observatorio Permanente de la Inmigración, casi 90000 mujeres procedentes de otros países se han nacionalizado en España solo en 2019, por lo que las mujeres que pertenezcan a este grupo y que hayan sufrido violencia de género, serán tenidas en cuenta como españolas. Esto significa que puede que exista un porcentaje más alto del que se muestra en los informes oficiales.⁵⁵

Esto conlleva que las mujeres de origen extranjero sufran mayor riesgo de sufrir VG. Y, aunque no se ha encontrado consecuencias distintas para las mujeres de origen extranjero y las mujeres de origen español, sí se han encontrado características (sociales, económicas y administrativas) que hacen que sea más complicado para ellas la vivencia de la violencia y, por tanto, se considere un grupo vulnerable:^{7,56}

- No tienen una red de apoyo con la que contar porque están lejos de su país y, por tanto, de sus amigos y familiares, además, muchas veces la barrera lingüística dificulta que entablen relación social con personas autóctonas. Por lo tanto, desarrollan un aislamiento social que favorece sufrir VG
- También existen barreras económicas. Estas mujeres tienen una doble dificultad a la hora de entrar al mundo laboral: ser mujer y ser inmigrante. En la sociedad, más de la mitad del trabajo lo llevan a cabo las mujeres, el problema es que estos trabajos suelen ser de carácter doméstico (cuidado de personas dependientes o tareas del hogar) y no todos son remunerados o tienen un sueldo que las permita vivir cómodamente. Esto dificulta su independencia económica y muchas veces permanecen al lado del maltratador por esta razón.
- En algunas ocasiones pueden existir barreras idiomáticas que impidan a la mujer denunciar o contarle su situación a otras personas que la pueda ayudar.

- Si se encuentran sin permiso de residencia o de trabajo pueden exponerse a ser expulsadas del país. Además, las mujeres que carecen de un permiso son “invisibles” para el estado y, en muchas ocasiones, no pueden acceder a los recursos sociales.

Entre los profesionales también se encuentran dificultades a la hora de abordar esta situación en la población extranjera. Como se ha visto, para los profesionales ya sugiere una dificultad abordar la VG por su carácter bio-psicosocial y el hecho de tener que ofrecer una atención integral (que, en muchos casos, no está presente en su formación). Esta dificultad se ve agudizada cuando se trata de población de origen extranjero por varios aspectos:

- Dificultades de comunicación (diferencias lingüísticas y culturales). Es el determinante que más aparece en el discurso de los profesionales sanitarios como barrera en el abordaje de la VG en mujeres inmigrantes.⁵⁷

Si una de las características que subyace como consecuencia de la VG es la somatización psicológica, es mujeres inmigrantes es una situación que se da en mayor medida por el propio proceso de migración. Esta es una dificultad que perciben los profesionales sanitarios a la hora de abordar esta situación. Si tener que abordar la VG cuando las dolencias son de esta índole y, en el caso de las mujeres inmigrantes, es relativamente frecuente, acaban asociando la atención de esta población a un sentimiento de frustración, por no tener los conocimientos necesarios para tratarlas o ayudarlas.⁵⁷

Además, existe una dificultad añadida en el caso de mujeres inmigrantes que no hablan el idioma del profesional, si no pueden comunicarse con ella se dificulta la tarea de detectar y abordar la VG.^{57,58}

- Falta de seguimiento clínico. En muchas ocasiones, las mujeres inmigrantes presentan una situación de irregularidad, por lo que es frecuente que acudan a los servicios médicos con un carácter puntual, lo que dificulta el seguimiento de su situación por parte de los sanitarios y, así mismo, un abordaje adecuado.⁵⁷

Además, a esto se añade que, en muchas ocasiones, no acudan a las citas médicas por no poder faltar a su trabajo o no sigan las pautas médicas. Esto es algo que también produce frustración a los profesionales, pues tienen la sensación de que el trabajo no da los resultados y que no pueden ayudar a las víctimas.⁵⁷

- Marco institucional confuso. Los profesionales en muchas ocasiones no sienten apoyo por parte del sistema, ya que tienen que atender a mujeres que están en situación de irregularidad y sienten que acaba siendo un trabajo de “elección personal” que no se reconoce y en el cual no cuentan con una regulación por parte de la administración que les respalde.⁵⁷
- Conflicto entre la privacidad de la víctima y el deber de informar. Es otra de los determinantes identificados por parte de los profesionales. Tienen el deber de informar de que se está cometiendo un delito, pero en el caso de las mujeres que están en una situación de irregularidad, el hecho de informar de esta situación puede suponer que la víctima y/o su familia sean deportados a su país de origen. Esto supone un conflicto.⁵⁸

Debido a esto, desde las Comunidades Autónomas, se realizan intervenciones dirigidas a superar estas barreras que encuentran las mujeres inmigrantes para acceder a los servicios sanitarios. Por ejemplo, desde las comunidades de Canarias y Cataluña se ha desarrollado formación dirigida a los sanitarios relacionados con la situación de mujeres inmigrantes que sufren VG o la feminización de la migración.⁵³

En Cataluña, en 2010, a raíz del Protocolo para el abordaje de la Violencia Machista en el ámbito de la Salud se elaboró el Documento operativo de inmigración para los sanitarios. En el aparecen intervenciones para prevenir la VG y asistir a las víctimas inmigrantes. Entre estas intervenciones se encuentra la necesidad de identificar los determinantes que influyen en el proceso de salud-enfermedad de la comunidad inmigrante (condiciones de vivienda, situación laboral precaria, conocimiento de la lengua local, etc.). Además, se incide en la importancia de que el equipo sanitario cree un clima de confianza con el paciente, que conozca a la mujer y su contexto y se respete la cultura de cada una de las mujeres.⁵⁹

Otra de las medidas que se recoge en este documento es la sensibilización de la población inmigrante sobre la VG, que constituye un eje importante para mejorar el abordaje en estas mujeres en especial. Por ejemplo, en Andalucía, Cataluña y Navarra se han realizado campañas para informar a las mujeres sobre el servicio gratuito de atención y asesoramiento jurídico en varios idiomas.^{53,59}

Desde la Dirección de Atención a Víctimas de Violencia de Género y la Dirección de Inmigración del Gobierno Vasco, además, se redactan una serie de recomendaciones a seguir por parte de los profesionales sanitarios a la hora de atender a las mujeres inmigrantes.⁶⁰

- Lenguaje adecuado. El mensaje que se da debe ser claro y en un lenguaje sencillo para que las mujeres que no dominen el idioma local puedan entender y sentirse identificadas con lo que se intenta transmitir.
- Información adecuada. Es importante que la información que se transmite sea amplia y que recoja todas las posibilidades y no se centre única y exclusivamente en la denuncia. Algo que se extiende también a las mujeres de origen español es la dependencia emocional que tienen de su pareja y si incidimos en la denuncia pueden sentirse atacadas y rechazar nuestra ayuda.

Esto también se extrapola a la necesidad de dar un mensaje positivo y de empoderar a las mujeres. Muchas veces, como se ha visto, las mujeres de origen extranjero mantienen una dependencia económica de su pareja y pueden sentir que si rompen la relación no van a conseguir sobrevivir por sí mismas por eso es importante apoyarlas y acompañarlas con sus decisiones a lo largo del proceso, aunque no decidan separarse de su pareja desde el principio.

- Traductores. También se comenta la posibilidad de disponer de traductores para las consultas con mujeres de origen extranjero que no conozcan el idioma y, así, prescindir de la presencia de su pareja como traductor.⁶⁴

4.5.2. Mujeres embarazadas.

La VG en el embarazo es más frecuente que la diabetes gestacional, que el síndrome de Down y que la preeclampsia. Sin embargo, no se realiza un cribado sistemático para su detección.⁴⁶

La VG es más prevalente entre los 20 y los 44 años (durante la etapa fértil de las mujeres). Además, se ha observado que el embarazo es una etapa vulnerable y que puede conllevar un aumento de probabilidad de sufrir VG porque puede suponer un acontecimiento vital estresante (para el hombre) y esto puede llevar a que aumente la tensión tanto psicológica como emocional: preocupaciones financieras, disminución de la disponibilidad de la gestante, dudas sobre la futura paternidad, etc. Por tanto, como se ha visto, puede suponer un factor desencadenante de la violencia.^{46,50,61}

Se estima que, a nivel mundial, un 5% de las mujeres embarazadas han sufrido VG. En España, las cifras oscilan entre el 2,5 y 5% en AP y entre 8 y 21% en contexto hospitalario.^{46,61} Un metaanálisis realizado en 2013 calculó que la prevalencia de VG durante el embarazo era de 28,4% (psicológica), 13,8 (física) y 8% (sexual). Según la oficina de publicaciones de la Unión Europea, de las mujeres que sufrían VG, un 42% la siguió padeciendo en el embarazo.

Aunque no está claro si la VG comienza, aumenta o disminuye durante el embarazo, es un hecho que el embarazo no excluye a ninguna mujer de padecerla y que constituye un grupo vulnerable por las consecuencias que puede conllevar tanto para la madre como para el feto (**tabla 5**).⁴⁶

Tabla 5. Consecuencias de la VG en la mujer embarazada

Para la mujer	Para el feto	Para el niño
Estrés, depresión, ansiedad, abuso de sustancias tóxicas, infecciones, sangrado vaginal, HTA...	Aborto espontáneo, prematuridad, bajo peso al nacer, aumento de riesgo de muerte perinatal	Alteraciones en el desarrollo psicológico y físico, comportamiento violento, ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, baja autoestima

Fuente: Domestic violence against pregnant women. 2015. Massumi Okada M, Komura Hoga LA, Vilela Borges AL, Sartori de Albuquerque R, Aparecida Belli M. (46). Elaboración propia.

La matrona es el profesional sanitario que mantiene un contacto más directo con las mujeres durante el embarazo y el posparto, por lo que tiene un papel muy importante a la hora de detectar y abordar la VG. En un contexto occidental, las visitas programadas tanto durante como después del embarazo permiten mantener un seguimiento más estrecho de la paciente.⁶²

Gracias a este contacto, se establece un grado de confianza entre el profesional y la paciente que puede ayudar en la detección de casos. Para ello, según el protocolo del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, se debe preguntar en la primera visita, una vez por trimestre y en la visita que se realiza en el domicilio tras el parto. Todo ello procurando la máxima seguridad y privacidad para la víctima.⁶³

Por esta razón es importante que las matronas tengan conocimiento sobre los indicadores de sospecha de VG. En la siguiente tabla (**tabla 6**), se muestran una serie de factores que pueden hacer sospechar de la existencia de VG durante el embarazo.⁶²

Tabla 6. Indicadores de sospecha de VG.

Antecedentes conductuales	Antecedentes ginecológicos
Maltrato infantil, abuso de tóxicos, intentos autolíticos, accidentes repetidos o trastornos de la conducta alimentaria	Lesiones en el abdomen o el pecho, infecciones de transmisión sexual, falta de control de fecundidad, retraso en la atención prenatal o interrupciones voluntarias del embarazo repetidas
Motivos de consulta	Presentación de lesiones
Somatización psicológica, periodos de hiperfrecuentación y largas ausencias, incumplimiento de tratamiento y hospitalizaciones frecuentes sin diagnósticos que lo justifiquen	Retraso en la asistencia de lesiones físicas, incongruencia entre el tipo de lesión y el motivo, lesiones en zonas escondidas o en el antebrazo (defensa) y lesiones en diferentes momentos de curación
Actitud durante la consulta	Actitud de la pareja
Desánimo, temor, ansiedad, justificación de lesiones, búsqueda de aprobación de la pareja y temor al hablar	Quiere estar presente, controla lo que dice su pareja, excesiva preocupación o cuidado, nerviosismo o agresividad

Fuente: Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. 2015. Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M (62). Elaboración propia.

Sin embargo, existen ciertas barreras que dificultan la detección y el abordaje de la VG:

- Falta de intimidad. La falta de intimidad en las consultas es un aspecto relativamente frecuente cuando se trata de VG. El maltratador suele acompañar a la víctima en sus citas médicas, sin embargo, esta característica es todavía más frecuente durante las visitas de seguimiento del embarazo.

De hecho, es un estudio llevado a cabo en 5 países europeos (Alemania, Francia, Rumanía, Austria y España) y cuyo objetivo fue mejorar la capacidad de identificación y derivación de casos de violencia de género en el embarazo, los profesionales encuestados tanto en Alemania como en Francia hicieron hincapié en la dificultad que supone conseguir privacidad con las mujeres para poder realizar el cribado.³³

Este problema también se plantea en la investigación de Gómez Fernández MA et al en la que se encuestó a matronas que trabajan en los centros de Atención Primaria de Hospitalet de Llobregat (Barcelona). En esta, las matronas aseguraban que las consultas no ofrecían la privacidad necesaria para tratar este tipo de temas por varias razones. Por una parte, porque, aunque la mujer entre sola a la consulta, la pareja suele acompañarla y las habitaciones no están insonorizadas y se podría escuchar la conversación y, por otra parte, porque durante las consultas hay muchas interrupciones y esto impide que se establezca un ambiente de confianza y relajación.⁶⁴

- Falta de tiempo. Las matronas encuestadas en la investigación de Gómez Fernández MA et al también afirmaron que la carga asistencial a la que están sometidas y la documentación que tienen que rellenar en cada consulta de seguimiento les impide tener el tiempo necesario para llevar a cabo acciones de detección de la VG con sus pacientes. Aseguran priorizar el cuidado biomédico (cuidados relacionados con el estado orgánico de la mujer y el feto) frente a los cuidados bio-psicosociales.⁶⁴
- Diferencias culturales. Afirman que, en ocasiones, hay diferencias entre las matronas y las pacientes a la hora de poner el límite a lo que consideran VG. Esto produce un dilema para las matronas y conlleva que no siempre se atreven a reflexionar con la víctima sobre su situación por miedo de ofender a la paciente.⁶⁴

También se plantea la situación de que las mujeres embarazadas sean de origen extranjero y no tengan conocimiento del idioma por lo que su pareja tenga que traducirles la conversación. Esto conlleva una barrera a la hora de detectar la VG

ya que por seguridad la matrona no podrá hablar con la mujer delante de su pareja y, debido a la barrera idiomática, no podrá comunicarse a solas con ella.^{33,64}

- Miedo e inseguridad. Las matronas afirman tener inseguridad por no saber dónde derivar a las mujeres en el caso de que admitieran estar sufriendo VG. Además, añaden que también tienen miedo de sufrir consecuencias por parte de la pareja de la víctima si se enteran.⁶⁴

Sin embargo, también son varios los estudios que describen propuestas para intentar disminuir estas barreras y conseguir una detección precoz de VG:

- Gestionar el tiempo. En el estudio de Gómez Fernández MA et al, las matronas encuestadas proponen dedicar más tiempo en las consultas para las mujeres de las que sospechan pueden ser víctimas de VG.⁶⁴
- Herramientas de detección. Se plantea la posibilidad de disponer de medidas estandarizadas de detección que proporcionen objetividad y les ayuden a la hora de detectar las posibles víctimas de VG.^{64,65}
- Coordinación multidisciplinar. Comentan que todos los profesionales en relación con el caso deberían estar al tanto de la situación y tener unas pautas claras a la hora de derivar a las mujeres a otros servicios, así como disponer de una forma de registro estandarizada para apuntar en la HC los casos de sospecha o los casos que se hayan confirmado de VG.^{33,64}
- Material informativo. También se plantea la posibilidad de tener infografías en la consulta y fuera de ella para sensibilizar a la población y ayudar a las mujeres a hablar de su situación. Sería importante tener esta información en varios idiomas para que las mujeres de origen extranjero también tuvieran acceso.⁶⁴ Así mismo, saber los servicios a los que pueden derivar a las mujeres para poder informar a las víctimas.⁶⁵

5. CONCLUSIONES.

Desde mediados de los años 90, la VG es considerada un problema de salud pública debido a la magnitud y a las consecuencias que tiene en la población. Esto conlleva la obligación de los profesionales de salud de sensibilizar a la población a través de la prevención, detectar de forma precoz los posibles casos y asistir a la mujer para disminuir las posibles consecuencias negativas para su salud, así como la obligación de los poderes públicos de promover estas actuaciones y ofrecer una formación continuada a los sanitarios.

Los profesionales de AP mantienen, en mayor medida, una continuidad en el cuidado con sus pacientes y una atención más personalizada por las características del servicio, en comparación con los profesionales de Atención Especializada. Además, los pacientes los identifican como los profesionales con los que tienen más confianza. Por esto, son los que tienen más oportunidades para detectarla y para asistir a las víctimas de forma continuada a lo largo del proceso.

Tanto la OMS como el Gobierno de España afirman que es importante que los profesionales sanitarios estén preparados para poder abordar de manera adecuada y segura la VG. Sin embargo, la literatura nos muestra que en muchos casos el EAP no ha recibido nunca formación sobre VG. Respecto a la formación recibida por el EAP de forma general, el porcentaje de sanitarios que admite no haber recibido formación es muy dispar, encontrando un estudio donde casi el 20% afirma no haberla recibido y otro donde lo afirman casi el 65% de los encuestados.

Si nos fijamos en los datos que nos da la literatura sobre las enfermeras de forma específica, las cifras no son tan dispares. Destacan las investigaciones de González Da Silva J y la de Bou Ramón LC et al, donde alrededor del 30% de las enfermeras encuestadas admitió no haber recibido nunca formación sobre el tema.

Son datos que llaman la atención teniendo en cuenta que son profesionales que se encuentran en el primer nivel de atención de la VG. Además, también se han encontrado estudios donde se relaciona de forma positiva el nivel de formación con el nivel de conocimiento y el nivel de detección. Es decir, a más horas de formación, mayor nivel de conocimientos y mayor porcentaje de detección de casos.

Que exista este gran porcentaje de sanitarios de AP que admiten no haber recibido formación sobre VG puede explicar que exista una infra detección de casos. Sin embargo,

tener más horas de formación o tener un mayor nivel de conocimientos no son los únicos determinantes que influyen en la detección, también se han identificado otras barreras:

- Al no tener conocimientos suficientes no se realiza un **diagnóstico diferencial**, por lo que no se detecta cuando una mujer está siendo víctima de VG y, por otra parte, no se conocen o no se utilizan **los protocolos**, que podrían ser de gran ayuda ya que guían al profesional para abordar el problema.

Estos dos factores son muy importantes, seguir una metodología adecuada para poder detectar y abordar el mayor porcentaje de mujeres posible y, así mismo, conocer los signos y los síntomas que surgen a raíz de la VG para poder discernir entre un caso de VG u otro tipo de situación. Para ello es muy importante que los profesionales obtengan una formación adecuada y de calidad y que esta se dé de forma continuada. La AP también facilita este tipo de continuidad en la formación pues pone 1 hora diaria para que los profesionales puedan seguir formándose, ya sea entre ellos (que ya se ha visto que tiene una respuesta positiva, pues mejora los resultados al aumentar la motivación y el sentimiento de apoyo) o a través de otros profesionales expertos en la materia.

- Los **mitos y creencias** de los profesionales respecto a las situaciones en las que se da la VG también influye en el nivel de detección y en la manera en la que la abordan. Muchos sanitarios opinan que existen perfiles específicos del abusador y de la víctima que se dan en los casos de VG: el hecho de que el maltratador abuse de sustancias tóxicas como el alcohol o que la mujer tenga un bajo nivel de educación, sea de origen extranjero o tenga una relación de dependencia con los hombres.

Estas características son percibidas como factores de riesgo o como detonantes de una situación de violencia por parte de los autores, pero no constituyen la principal causa. La literatura muestra que el factor que se repite en todos los casos es ser mujer. Por lo tanto, es importante que los profesionales de salud obtengan una formación basada en la perspectiva de género para evitar adoptar estos prejuicios que perjudican a las víctimas y su asistencia.

- **Falta de enfoque bio-psico-social.** La VG física es la que más se nota y, por tanto, la que más detectan los profesionales debido a las consecuencias obvias que genera (lesiones características, hematomas, fracturas, etc.). Sin embargo, muchos están de acuerdo en que este tipo de violencia no es el que más se da, sino que es la violencia psicológica, cuyas consecuencias no son tan visibles (depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, somatización psicosocial...), aunque si las más duraderas y dañinas (las lesiones físicas se curan, pero las lesiones psicológicas perduran y conllevan mucho tratamiento para poder sanar).

Por lo tanto, sería necesario adoptar este tipo de enfoque a la hora de tratar con víctimas de VG. Sin embargo, muchos profesionales admiten no haber recibido este tipo de formación y, por tanto, en muchas situaciones no se tienen en cuenta los factores sociales y psicológicos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Esto dificulta la detección.

Además, no utilizar este enfoque para tratar a las víctimas impide dar una atención integral a la mujer por lo que no solo va a dificultar la detección precoz, sino que también va a dificultar una adecuada asistencia a las víctimas.

- **Falta de tiempo en la consulta y presión asistencial.** Son dos determinantes que identifican mucho los profesionales de AP a la hora de enumerar las dificultades para abordar la VG. Están relacionadas entre ellas pues el gran número de pacientes que tienen que atender al día hace que tengan poco tiempo para cada uno, por lo que afirman que no es posible dedicarles el tiempo a actividades de prevención o detección de casos, por ejemplo.

También se relaciona con lo que identifican como falta de coordinación interinstitucional pues la falta de recursos tanto materiales como humanos hace que sea imposible disminuir la ratio enfermera-paciente y, por tanto, aumentar el tiempo por consulta.

- **Falta de intimidad.** Una de las características de los CS es que los profesionales suelen tratar a pacientes de la misma familia, por lo que dificulta que tenga intimidad con un miembro. Especialmente porque una de las características del

maltrato es que el abusador acuda a consulta con la víctima y por ello el profesional no pueda intimar con la paciente e indagar en el problema. Además, la OMS recomienda no realizar el cribado cuando la pareja de la víctima esté delante. Esto se relaciona así mismo con el miedo a que el maltratador tenga represalias sobre la víctima o el propio sanitario, un miedo muy presente entre los profesionales.

Además, los profesionales también identifican una serie de determinantes que facilitan tanto la detección como el abordaje de la VG:

- **La motivación personal.** La motivación personal conlleva que los profesionales realicen más actividades de detección y mejore el abordaje de la VG. Esta motivación personal mejora cuando obtienen el apoyo de sus compañeros y cuando cuentan con los recursos necesarios. Además, el hecho de que existan en el centro ciertos tipos de profesionales como los trabajadores sociales o las psicólogas también aumenta su motivación personal y facilita la asistencia.
- **La relación terapéutica.** Que los profesionales desarrollen una relación terapéutica con sus pacientes aumenta el grado de confianza que estos depositan en ellos y, por tanto, hace que aumenten las probabilidades de que les cuenten la situación por la que están viviendo. Además, favorece una continuidad en el cuidado y la asistencia de estas mujeres a lo largo del proceso.
- **Coordinación interdisciplinar.** El hecho de que el CS cuente con un equipo multidisciplinar donde todos sepan cómo desarrollar su actividad basándose en un objetivo común (detectar la VG y “erradicarla”, en este caso) es muy importante. Para ello es imprescindible saber cuál es la labor de cada uno y comunicarse entre ellos.

Por último, existen una serie de grupos poblacionales que debido a sus características tienen una mayor vulnerabilidad al sufrir VG: las mujeres de origen extranjero y las mujeres embarazadas.

- Las **mujeres de origen extranjero** tienen mayor probabilidad de padecer VG en relación con las mujeres de origen español, así lo demuestran varios estudios publicados en el ámbito nacional. Además, existen ciertas características que hace

que su vivencia de la VG sea más complicada y que comportan barreras extras para los sanitarios a la hora de su asistencia:

- Falta de **red de apoyo**, lo que facilita el aislamiento social por parte de su pareja.
- **Barreras económicas**: trabajos mal remunerados que no les permite ser independientes económicamente y que favorece la dependencia económica a su pareja.
- **Barreras idiomáticas**: dificultan a la mujer exponer su situación frente a organismos públicos (como la policía o los servicios sanitarios). Esto comporta una barrera a los sanitarios para poder detectar la VG, al no poder comunicarse con la mujer. A veces, también implica falta de intimidad cuando el único traductor disponible es su pareja.
- No tener el **permiso de residencia** o de trabajo, que conlleva riesgo a ser deportada a su país de origen.⁵⁶ Esto implica que las mujeres solo acudan a los servicios sanitarios en situación de urgencia, lo que impide que los sanitarios puedan llevar un seguimiento clínico de la víctima.

Sin embargo, también se han identificado acciones que pueden disminuir las barreras y facilitar el abordaje de la VG como actividades de sensibilización en la comunidad; llevar a cabo la escucha activa, evitar juzgar a la víctima y respetar su cultura para conseguir un clima de confianza donde se sientan seguras para contar su situación; utilizar un lenguaje adecuado para que las mujeres que no dominen el idioma y dar una información amplia (que no se centre en la denuncia) a través de un mensaje positivo para empoderar a las mujeres y apoyarlas en su decisión.

- Las **mujeres embarazadas** también están en situación de vulnerabilidad frente a la VG, especialmente por las consecuencias que conlleva sufrirla para ellas y el feto. En un contexto occidental, el seguimiento del embarazo permite a las matronas un contacto estrecho con las mujeres y facilita el desarrollo de una relación de confianza entre ellas que favorece en la detección de los casos. Por

eso, es importante que tengan formación sobre los indicadores de sospecha. Sin embargo, existen ciertos determinantes que dificultan el abordaje de la VG por parte de las matronas:

- **Falta de intimidad:** es una barrera que se presenta en todas las mujeres, pero especialmente en el caso de las mujeres embarazadas ya que durante el seguimiento del embarazo es más probable que estén acompañadas de su pareja.
- **Falta de tiempo:** debido a la presión asistencial a la que están sometidas y la cantidad de papeleo que tienen que cumplimentar refieren no tener tiempo de priorizar un cuidado basado en el modelo bio-psicosocial, lo que dificulta la detección de la VG.
- **Diferencias culturales:** por una parte, se presenta la barrera idiomática, lo que impide que la paciente se comunique con los servicios públicos como la policía (para denunciar) o con los servicios sanitarios. Además, en estas ocasiones es la pareja de la paciente el que actúa como traductor, lo que impide que, por la seguridad de la víctima, se lleven a cabo acciones de detección. Por otra parte, las diferencias culturales llevan a que el sanitario y la paciente puedan tener distintos límites a la hora de considerar que es VG y que no, lo que produce miedo al profesional por la probabilidad de que la paciente se sienta ofendida.

En el caso de las mujeres embarazadas también se plantean soluciones para disminuir las barreras que dificultan el abordaje de la VG como dedicar más tiempo a las mujeres de las que sospechan que pueden ser víctimas de VG, utilizar medidas estandarizadas de detección y para el registro de las sospechas o los casos confirmados y disponer de infografías en las consultas y fuera de ellas (en distintos idiomas) para sensibilizar a la población y alentar a las víctimas a hablar de su situación.

5.1. LIMITACIONES.

En cuanto a las limitaciones del trabajo, cabe destacar dos tipos: limitaciones personales y limitaciones metodológicas. Las **limitaciones personales** son las que están relacionadas con la autora y cabe destacar dos. Por una parte, la incapacidad de tener acceso a publicaciones que no estuvieran en castellano o en inglés, debido a una barrera idiomática. Esto ha llevado a que se tengan que descartar muchos artículos en otros idiomas que podrían haber añadido valor a la revisión. Por otro lado, la inexperiencia de la autora a la hora de realizar esta investigación, que ha dificultado el progreso de este a la hora de desarrollar cada una de las partes.

Respecto a las **limitaciones metodológicas** cabe destacar que solo se han podido acceder a las publicaciones abiertas a todo el público o a las que se pudiera acceder gracias a la suscripción que nos ofrece la universidad. Además, la diferencia en la población de los artículos ha supuesto una dificultad añadida a la hora de generar relaciones entre ellos, ya que algunas muestras eran de todo el EAP al completo y en otras solo se hablaba de un tipo de profesional concreto, como los médicos o las enfermeras.

Por tanto, y debido a estas limitaciones, hay publicaciones a las que no se ha podido acceder y que puede que ofreciesen valor a la revisión.

5.2. PROPUESTAS PARA EL FUTURO E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA.

Los resultados obtenidos del análisis de la literatura pueden servir de reflexión de cara a desarrollar intervenciones que aumenten la capacitación y mejoren la actuación de los sanitarios, ya que se ha puesto de manifiesto que los profesionales de AP no están adecuadamente formados ni tienen el conocimiento necesario sobre VG, lo que hace que exista una infra detección de casos.

Esto es clave, pues poseen un lugar fundamental para detectar a las mujeres que están siendo víctimas y asistirles para disminuir en la medida de lo posible las secuelas físicas y psicológicas que puedan desencadenar de la relación de maltrato.

Por esta razón, esta investigación puede ser útil en la práctica para conseguir que se desarrollen proyectos para aumentar la formación en las escuelas, donde se forme a los sanitarios en perspectiva de género, conseguir que adquieran el conocimiento necesario para mejorar su abordaje en el futuro como profesionales y facilitar una formación continuada.

Además, el conocimiento de las barreras identificadas puede ser útil para desarrollar medidas que intenten disminuir estas barreras en la práctica y fomentar los determinantes facilitadores para mejorar la detección y el abordaje. Algunos de los estudios analizados plantean medidas para mejorar la detección y el abordaje:

- Capacitación de los profesionales sanitarios sobre perspectiva de género para que puedan ofrecer una atención integral, basada en el modelo bio-psicosocial y en una atención multidisciplinar.^{16,24,85}
- Desarrollar programas de formación continuada y difundir y fomentar la utilización de los protocolos de actuación nacionales y autonómicos, así como una actitud activa a la hora de detectar posibles casos de VG.^{8,13,18,25}
- Desarrollo de posters e infografías en los centros de atención sanitaria que ayuden a concienciar a la población del problema y facilite que las víctimas se comuniquen con los sanitarios.^{2,8,25}
- Promover la existencia de profesionales especializados (como psicólogos o asistentes sociales) en cada turno de trabajo para que los profesionales puedan derivar a las víctimas y sean valoradas y asistidas.^{1,24}
- Disminuir la presión asistencial y aumentar el tiempo por cada consulta, aumentando el personal sanitario contratado.²⁴

5.3. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

Tal y como se ha visto en el apartado de los resultados de poblaciones vulnerables, existen ciertos grupos de mujeres que, por su edad, su etnia o sus características físicas o sociales, tienen un riesgo añadido al sufrir VG. Ya sea porque tienen más probabilidades de sufrirla, por las consecuencias que tiene para su salud o porque los profesionales encuentran una barrera añadida a la hora de asistirlos.

Investigar las características que tiene la VG y las dificultades añadidas que encuentran los profesionales a la hora de abordar la VG en estas poblaciones puede ser interesante, puede aumentar la detección y puede facilitar a los sanitarios la sensibilización en este grupo de población y la asistencia de las víctimas.

Sin embargo, después de analizar los resultados, se encuentra un déficit de investigaciones sobre ciertos grupos vulnerables que por sus características sería interesante mencionar:

- Mujeres que residen en municipios rurales (en un contexto español o europeo).
- Mujeres con mayores de 65-70 años.
- Mujeres con diversidad funcional.
- Mujeres que viven en la pobreza.

Sí que existen algunos documentos, como la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer publicada en 2015 sobre la magnitud del problema, pero creo que podría ser interesante para un futuro enfocar la investigación sobre estos grupos de mujeres en particular incluyendo como intervienen los profesionales en estas poblaciones, que particularidades tiene su atención, que barreras añadidas encuentran los sanitarios, etc.⁴⁷

BIBLIOGRAFÍA.

1. Asamblea general. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [sede Web]. Organización de las Naciones Unidas; 1993 [abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/CydyNaK>
2. Ayuda en Acción. Tipos de violencia contra las mujeres [sede Web]. Ayuda en acción; junio 2018 [abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/XydyGau>
3. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe [sede Web]. Ginebra: OMS; 2005 [abril 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>
4. Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29-12-2004).
5. Pérez García C, Manzano Felipe, MA. La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los cuidados [internet] 2014 [febrero 2020]; 18(40): 107-115. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/43947>
6. Organización mundial de la salud. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. OMS; 2013 [abril 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>
7. Delegación Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Syh1eJJ>
8. Ruiz Pérez I, Escribà Agüir V, Montero Piñar I, Vives Cases C, Rodriguez Barranco M. Prevalence of intimate partner violence in Spain: a national cross-sectional survey in primary care. Aten Primaria. [internet] 2017 [enero 2020]; 49 (2): 93-101. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006>
9. Martín Baena D, Montero Piñar I, Escribà Agüir V, Vives Cases C. Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences. Fam Pract. [internet] 2015 [febrero 2020]; 32(4): 381-386. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz017>
10. González Losada J, Castro García Y, Tosco García C, Rufino Delgado MT, Mirpuri Mirpuri PG, García Alvarez CD. Prevalence of domestic violence in a primary care

- area of Santa Cruz de Tenerife. *Semergen*. [internet] 2012 [febrero 2020]; 38(2): 87-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.002>
11. Instituto de la mujer y para la igualdad de oportunidades. Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. Datos provisionales [sede Web]. Ministerio de Igualdad; 2020 [abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/qyh1Kh6>
 12. Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J et al. Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *J Interpers Violence* [internet] 2013 [febrero 2020]; 28(2): 273-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0886260512454722>
 13. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres [sede Web]. OMS; 2013 [febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Ryh0OLM>
 14. Organización Mundial de la Salud. 49a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1996 [abril 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203895>
 15. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea N°. C. 303, (14-12-2007).
 16. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Ratificado por España el 10 de abril de 2014. BOE núm. 137/2014, de 6 de junio de 2014.
 17. Comisión Europea. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Una unión de la igualdad: Estrategia para la Igualdad de Género 2020-2025 [internet]. 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/oyh2gxt>
 18. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
 19. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº71, (23-03-2007).
 20. Schunk DH. Teorías del aprendizaje. 2ª ed. España: Pearson; 1997.
 21. De Alencar Rodrigues R, Cantera Espinosa LM. Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico*. [internet] 2012 [abril 2020]; 43(1): 116-126. Disponible en: <https://cutt.ly/vyh2ORA>

22. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Resumen [sede Web]. OMS; 2014 [febrero 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Vyh2S96>
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/nyh2Jd3>
24. Rodríguez Blanes GM, Vives Cases C, Miralles Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. Gac Sanit. [internet] 2017 [enero 2020]; 31 (5): 410-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
25. Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. Rev Esp Salud Pública [internet] 2012 [febrero 2020]; 86: 85-99. Disponible en: <https://cutt.ly/Eyh2ZkY>
26. González Da Silva J. Evaluación del conocimiento y aplicación por parte del profesional de enfermería en atención primaria de un protocolo oficial en supuestos de violencia de género. Ética de los cuidados [internet] 2018 [enero 2020]; 11. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e11435>
27. Bou Ramón LC, Ferrer Folguera V, Martín Torres C. Violencia de género y enfermería: ¿es una opción o un deber formarse para actuar ante ella? Investigación y cuidados [internet] 2011 [febrero 2020]; 9(19): 19-24. Disponible en: <https://cutt.ly/7yh2Nfq>
28. Murillo P, San Sebastián M, Vives Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. Gac Sanit. [internet] 2018 [marzo 2020]; 32(5): 433-438. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.003>
29. Macías Vaz AM. Conocimientos y barreras de los profesionales sanitarios ante la violencia de género. Documentos enfermería [internet] 2016 [febrero 2020]; 64: 23-25. Disponible en: <https://cutt.ly/vyh28cd>
30. Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo: Una asignatura pendiente. Enferm. glob. [Internet] 2011 [febrero 2020]; 10(24). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400026>

31. Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*. [internet] 2016 [marzo 2020]; 48(10): 623-631. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
32. Goicolea I, Hurtig AK, San Sebastián M, Vives Cases C, Marchal B. Using realist evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit*. [internet] 2015 [enero 2020]; 29 (6): 431-436. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.005>
33. Carmona Del Río, E. Abordando la violencia de género durante el embarazo desde los servicios de salud materna: proyecto response. *Musas* [internet] 2019 [enero 2020]; 4(1): 39-59. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.3>
34. Rivadeneira MF. Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. *Rev Cuid*. [internet] 2017 [enero 2020]; 8(2): 1656-1667. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.404>
35. González Muñoz PF, Durán Flores ML, González Rubio MJ. Conocimientos, actitudes y opiniones sobre violencia de género en el profesional de enfermería en atención primaria. *Enfermería Comunitaria* [internet] 2019 [enero 2020]; 15. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e12296>
36. Gálvez Andrés A, Polo Usaola C. Dificultades en un caso de violencia de género. *Archivos de psiquiatría* [internet] 2009 [febrero 2020]; 72 (1-4): 50-58. Disponible en: <https://archivosdepsiquiatria.es>
37. Ortiz Barreda G, Vives Cases C. Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gac Sanit* [Internet]. 2012 [febrero 2020]; 26(5): 483-489. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.027>
38. Estévez Macas, EP. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud. *Musas* [internet] 2017 [enero 2020] 2(2): 75-101. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/19652>
39. Llorens Del Río N, Rodríguez Cano MV, Sánchez Orellana T. Conocimientos y actitudes de las matronas ante la violencia de género en el Hospital Materno infantil Virgen de las Nieves (Granada). *Parainfo Digital* [internet] 2016 [enero 2020]; X (25). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/090.php>

40. Po-Yan Leunga T, Phillips L, Bryanta C, Hegarty K How family doctors perceived their 'readiness' and 'preparedness' to identify and respond to intimate partner abuse: a qualitative study. *Family Practice*. [internet] 2018 [febrero 2020]; 35(4): 517–523. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmx109>
41. Goicolea I, Mosquera P, Briones Vozmediano E, Otero García L, García Quinto M, Vives Cases C. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac. Sanit.* [internet] 2017 [marzo 2020]; 31(3): 187-193. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.012>
42. Siendones Castillo R, Perea Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo C, Molina Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*; 2002 [marzo 2020]; 14: 224-232.
43. Rangel da Silva L, Domingues Bernardes Silva M, Mota Xavier de Meneses T, Rodríguez Borrego M.A, Meneses dos Santos I.M, Lemos, A. El fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción científica de enfermería. *Enferm. glob.* [internet] 2011 [febrero 2020]; 10(22). Disponible en: <https://cutt.ly/Xyh45JK>
44. Castanedo Córdoba IM. ¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre la violencia de género? *Evidentia* [internet] 2016 [enero 2020] 13(54). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n54/ev10239.php>
45. Malpass A, Sales K, Johnson M, Howell A, Agnew-Davies R, Feder G. Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study. *British Journal of General Practice* [internet] 2014 [enero 2020]; 64(620): 151-158. Disponible en: <https://doi.org/10.3399/bjgp14X677527>
46. Massumi Okada M, Komura Hoga LA, Vilela Borges AL, Sartori de Albuquerque R, Aparecida Belli M. Domestic violence against pregnant women. *Acta Paul Enferm.* [internet] 2015 [febrero 2020]; 28(3): 270-274. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500045>
47. Goicolea I, Vives Cases C, Hurtig AK, Marchal B, Briones Vozmediano E, Otero García L, García Quinto M, San Sebastian M. Mechanisms that Trigger a Good Health-Care Response to Intimate Partner Violence in Spain. Combining Realist Evaluation and Qualitative Comparative Analysis Approaches. *PLoS ONE* [internet]

- 2015 [febrero 2020]; 10(8): 135-167. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0135167>
48. Otero García L, Briones Vozmediano E, Vives Cases C, García Quinto M, Sanz Barbero B, Goicolea I. A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *European Journal of Public Health* [internet] 2018 [marzo 2020]; 28(6):1000–1005. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>
 49. Goicolea I, Marchal B, Hurtig AK, Vives Cases C, Briones Vozmediano E, San Sebastián M. Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study. *Gac Sanit.* [internet] 2019 [marzo 2020]; 33:169-176. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.005>
 50. Goicolea I, Hurtig AK, San Sebastián M, Vives Cases C, Marchal B. Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study. *BMC Health Serv Res* [internet] 2015 [enero 2020]; 15. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0899-8>
 51. Pérez contreras MM. Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* [internet] 2005 [abril 2020]; 113: 845-867. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v38n113/v38n113a9.pdf>
 52. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud: conceptos clave [sede Web]. OMS [abril 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_es.pdf?ua=1
 53. Vives Cases C, Gil González D, Plazaola Castaño J, Montero Piñar MI, Ruiz Pérez I, Escriba Agüir V et al. Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gac Sanit.* [internet] 2009 [abril 2020]; 23(1):100–106. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.008>
 54. Delegación del gobierno contra la Violencia de Género. Víctimas mortales según nacionalidad de la víctima y según nacionalidad del agresor [sede Web]. Ministerio de Igualdad; abril 2020 [abril 2020]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimasMortalesVG.htm>
 55. Observatorio permanente de la Inmigración. Concesiones de nacionalidad española por residencia [sede Web]. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones; noviembre 2018 [abril 2020]. Disponible en:

<http://extranjeros.mitramiss.gob.es/es/estadisticas/operaciones/concesiones/index.html>

56. Montañés Muro P, Moyano Pacheco M. Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial. Pensamiento Psicológico [internet] 2006 [abril 2020]; 2(6): 21-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756550>
57. Alameda A, García A. La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común. Nure Investigación [internet] 2003 [abril 2020]; 3. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/136/122>
58. Arnoso M, Arnoso A, Mazkarian M, Irazu A. Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social. Migraciones [internet] 2012 [abril 2020]; 32: 169-200. Disponible en: <https://cutt.ly/pyjuj8T>
59. Aproximación a la violencia contra las mujeres inmigrantes en Cataluña. Interarts [internet] 2012 [abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/0yjudAB>
60. Dirección de Atención a Víctimas de Violencia de Género y la Dirección de Inmigración del Gobierno Vasco. Recomendaciones en la atención a las mujeres inmigrantes víctimas de la violencia de género [sede Web]. Departamento del interior. Disponible en: <https://cutt.ly/RyjFA6h>
61. Pastor Moreno G, Ruiz Perez I, Ricci Cabello I. Historia de violencia y violencia de compañero íntimo en mujeres embarazadas. Resultados en salud. Index Enferm (Gran) [internet] 2018 [enero 2020]; 27 (4): 191-195. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e11903>
62. Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M. Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo. Matronas Prof [internet] 2015 [febrero 2020] 16 (4): 124-130. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibl-deteccion-de-la-violencia-embarazo.pdf>
63. Intimate Partner Violence during Pregnancy. A Guide for Clinicians. Washington: ACOG & CDC, 2000
64. Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M. El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Enferm Clin. [internet] 2019 [abril 2020]; 29(6): 344-351. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.010> 1130-8621

65. Velasco Juez MC. Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo. Matronas Prof. [internet] 2008 [abril 2020]; 9 (3): 32-37. Disponible en: <https://cutt.ly/XyjJwUX>

ANEXO 1: TABLA CON LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.

<p>Título: La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género (5)</p> <p>Autor: Pérez García C, Manzano Felipe, MA</p> <p>Fecha de publicación: 2014</p>	<p>Metodología: Investigación cualitativo-descriptiva que se inicia con una búsqueda bibliográfica y continúa con el análisis hermenéutico de los documentos encontrados.</p>	<p>Objetivo: Conocer la base de actuación enfermera para el abordaje de la violencia de género.</p>	<p>Resultados: Los profesionales de Enfermería tienen un papel fundamental en la atención a las mujeres víctimas de este problema, siendo una responsabilidad ética y profesional diseñar, implementar y evaluar programas que respondan a las necesidades específicas de este colectivo. Los centros de salud, los servicios de planificación familiar, salud mental y urgencias pueden ser servicios diana para la prevención, la detección precoz y la atención de la mujer maltratada.</p>
<p>Título: Prevalence of intimate partner violence in Spain: a national cross-sectional survey in primary care (8)</p> <p>Autor: Ruiz Pérez I, Escribà Agüir V, Montero Piñar I, Vives Cases C, Rodriguez Barranco M.</p> <p>Fecha de publicación: 2017</p>	<p>Metodología: Estudio transversal a 10.322 mujeres (de 18 a 70 años) asistentes a Centros de Atención Primaria.</p>	<p>Objetivo: Analizar la prevalencia de Violencia de Pareja por tipos y examinar la relación entre las características sociodemográficas y la Violencia de Pareja.</p>	<p>Resultados: El 24,8% habían sufrido algún tipo de VG en toda su vida. El abuso psicológico fue el más prevalente, aunque el físico y el psicológico juntos fue el que más se dio. Aumenta el riesgo en mujeres de origen extranjero, con menor nivel de estudios y con menos ingresos.</p>
<p>Título: Violence against young women attending primary care services in Spain: prevalence and health consequences (9)</p> <p>Autor: Martín Baena D, Montero Piñar I, Escribà Agüir V, Vives Cases C</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo donde se utilizó una muestra de 1076 mujeres de entre 18 y 25 años en CS. Se estimó la prevalencia de VG en España y se compararon los resultados con las características de mujeres maltratadas y mujeres que no habían sido maltratadas.</p>	<p>Objetivo: Conocer la prevalencia de violencia contra mujeres jóvenes en España y analizar su impacto en la salud física y mental de las víctimas</p>	<p>Resultados: El 27,6% de las mujeres encuestadas habían sido víctimas de violencia de género, de las cuales 42,7% habían sido víctimas de violencia por parte de sus parejas. Se observó una relación entre el desempleo y un bajo nivel de estudios con haber sufrido violencia.</p>

<p>Título: Prevalence of domestic violence in a primary care area of Santa Cruz de Tenerife (10)</p> <p>Autor: González Losada J, Castro García Y, Tosco García C, Rufino Delgado MT, Mirpuri Mirpuri PG, García Alvarez CD</p> <p>Fecha de publicación: 2012</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo, transversal de corte analítico, en 2 zonas básicas de salud de ámbito urbano de Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias a 299 mujeres.</p>	<p>Objetivo: Estimar la prevalencia de violencia de género (VG) en mujeres adultas que acuden a consulta de medicina de familia, conocer los factores asociados y la implicación del médico en su detección.</p>	<p>Resultados: Se detectó que el 51.5% habían sufrido violencia doméstica, siendo la psicológica la más frecuente, seguida de la física. De este porcentaje, el 72% constaba en la historia clínica (HC) de la paciente y al 35.1% se le había realizado el cribado.</p>
<p>Título: Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: findings from a primary care trial of women afraid of their partners (12)</p> <p>Autor: Hegarty KL, O'Doherty LJ, Chondros P, Valpied J, Taft AJ, Astbury J et al</p> <p>Fecha de publicación: 2013</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo. Se obtuvo una muestra de mujeres entre 16 y 50 años que fueron atendidas en servicios de salud de Australia que hubieron reportado sentir miedo hacia sus parejas en los últimos 12 meses.</p>	<p>Objetivo: Describir la asociación entre el tipo y la severidad del maltrato con la calidad de vida de las mujeres y la búsqueda de ayuda.</p>	<p>Resultados: En el último año, un tercio de la muestra experimentó maltrato severo combinado, mientras que el 26% maltrato físico y emocional, el 26.6% maltrato emocional y/o acoso solo, el 2.7% solo maltrato físico y el 12.4% obtuvo una puntuación negativa en la escala de abuso. El 31.6% de la muestra afirmó tener mala salud y el 68% bajo apoyo social. Comparadas con otros tipos, las mujeres víctimas de maltrato severo combinado fueron las que obtuvieron los peores resultados en calidad de vida y salud mental, aunque fueron las que más utilizados servicios destinados a la VG.</p>

<p>Título: Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados (24)</p> <p>Autor: Rodríguez Blanes GM, Vives Cases C, Miralles Bueno JJ, San Sebastián M, Giocolea I</p> <p>Fecha de publicación: 2017</p>	<p>Metodología: Estudio transversal en 15 centros de salud de cuatro comunidades autónomas, con 265 profesionales sanitarios.</p>	<p>Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados a la realización de preguntas de detección de Violencia del compañero íntimo (VCI) en atención primaria, y describir las principales acciones desarrolladas en los casos identificados.</p>	<p>Resultados: El 67,2% de los participantes señalan que preguntan sobre VCI en la consulta, siendo las acciones más frecuentes referir/derivar a otros servicios, consejo individual y entrega de información. Se asociaron a mayor probabilidad de indagar sobre VCI tener ≥ 21 de horas de formación, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas, y disponer de protocolo y recursos apropiados de referencia.</p>
<p>Título: Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010 (25)</p> <p>Autor: Arredondo Provecho AB, Broco Barredo M, Alcalá Ponce de León T, Rivera Álvarez A, Jiménez Trujillo I, Gallardo Pino C</p> <p>Fecha de publicación: 2012</p>	<p>Metodología: Estudio transversal descriptivo realizado mediante una encuesta anónima y autoadministrada durante los meses de agosto y septiembre de 2010, dirigida a todos/as profesionales de AP del área 8 de Madrid.</p>	<p>Objetivo: Analizar el nivel de conocimientos, opiniones, barreras organizativas percibidas y propuestas de mejora de los profesionales de AP.</p>	<p>Resultados: 118 (70,7%) profesionales creen que este es un problema importante y 154(91,7%) que habitualmente pasa desapercibido. 91(55,2%) conocen las obligaciones legales que tienen cuando la detectan. 73(51,8%) piensan que existen barreras organizativas. Entre ellas: presión asistencial 50(29%), falta de formación específica 40(23,5%), desconocimiento del procedimiento a seguir 20(11,8%) y de las competencias de cada profesional 12(7%).</p>
<p>Título: Evaluación del conocimiento y aplicación por parte del profesional de enfermería en atención primaria de un protocolo oficial en supuestos de violencia de género (26)</p> <p>Autor: González Da Silva J</p> <p>Fecha de publicación: 2018</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo a través de un cuestionario anónimo con preguntas acerca del “Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género – 2012”.</p>	<p>Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que poseen acerca del protocolo los profesionales de enfermería de varios centros de atención primaria de la provincia de Ourense, así como estimar la aplicación de dicho protocolo en la práctica asistencial.</p>	<p>Resultados: El 36 % de los encuestados no conoce el protocolo y un 28 % de los mismos lo aplican. El conocimiento del protocolo se relaciona con la aplicación de este, y esta, a su vez, influye positivamente en el conocimiento. Existe relación significativa entre el conocimiento del protocolo y la actitud del profesional para abordar una consulta por violencia de género.</p>

<p>Título: Violencia de género y enfermería: ¿es una opción o un deber formarse para actuar ante ella? (27)</p> <p>Autor: Bou Ramón LC, Ferrer Folguera V, Martín Torres C</p> <p>Fecha de publicación: 2011</p>	<p>Metodología: Se realizó un estudio transversal descriptivo cualitativo, basado en un cuestionario individual. La población de estudio estuvo compuesta por un total de 68 enfermeras/os.</p>	<p>Objetivo: Comprobar si enfermería está preparada académicamente para actuar ante un caso de violencia de género. Y si es una opción o una obligación el formarse en este campo.</p>	<p>Resultados: Los resultados revelan que el personal de enfermería no ha recibido formación específica, ni cree estar capacitado para actuar ante el maltrato.</p>
<p>Título: Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España (28)</p> <p>Autor: Murillo P, San Sebastián M, Vives Cases C, Goicolea I</p> <p>Fecha de publicación: 2018</p>	<p>Metodología: Estudio transversal con muestreo no probabilístico y por conveniencia en profesionales sanitarios/as de 15 centros de atención primaria españoles.</p>	<p>Objetivo: Analizar la capacidad de respuesta a la violencia del compañero íntimo (VCI) de profesionales sanitarios/as españoles/as en atención primaria e identificar posibles determinantes que puedan favorecer una mejor respuesta.</p>	<p>Resultados: Se observó un efecto exposición-respuesta, en el que, a más horas de formación, mayor puntuación en las escalas del cuestionario ($p < 0,05$). La edad, el tipo de profesión, los años de experiencia en atención primaria, las horas de formación en VCI y la lectura del protocolo mostraron asociación positiva con conocimientos (preparación percibida, conocimiento percibido, conocimiento real), opiniones (preparación del equipo, requerimientos legales, autoeficacia, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, barreras, entendimiento de la víctima) y prácticas del personal sanitario.</p>
<p>Título: Conocimientos y barreras de los profesionales sanitarios ante la violencia de género (29)</p> <p>Autor: Macías Vaz AM</p> <p>Fecha de publicación: 2016</p>	<p>Metodología: Revisión bibliográfica.</p>	<p>Objetivo: Identificar el nivel de conocimientos de los profesionales sanitarios sobre violencia de género, así como, las principales barreras que éstos manifiestan a la hora de detectar un caso de violencia de género.</p>	<p>Resultados: Se encontraron un total de 30 artículos, donde se reflejaron como datos característicos, que las principales barreras que manifiestan los profesionales sanitarios a la hora de detectar un caso de violencia de género son: la escasa formación sobre el tema, la ausencia de protocolos de actuación, la elevada presión asistencial o la falta de tiempo, la inhabilitación de espacios físicos destinados a este fin y la ausencia de profesionales de otras disciplinas las 24 horas.</p>

<p>Título: Detección y atención a la violencia de género en el embarazo: Una asignatura pendiente (30)</p> <p>Autor: Martínez Galiano JM</p> <p>Fecha de publicación: 2011</p>	<p>Metodología: Estudio observacional descriptivo, sujetos de estudio: personal sanitario con funciones en el control del embarazo.</p>	<p>Objetivo: Determinar el número de casos de violencia de género (VG) que el personal sanitario encargado del control de embarazo era consciente que se había atendido. Identificar la existencia o no de recursos de los que dispone este personal para abordar este problema. Conocer la prioridad que este personal asigna a la VG dentro del sistema sanitario.</p>	<p>Resultados: El 93,10% (81) creen que son menos de diez al año las mujeres atendidas El 95,40% (83) afirma que no tiene los recursos necesarios para poder actuar Se otorga una media de $8,14 \pm 1,45$ sobre 10 en el orden de priorización.</p>
<p>Título: Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria (31)</p> <p>Autor: Valdés Sánchez CA, García Fernández C, Sierra Díaz A</p> <p>Fecha de publicación: 2016</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo transversal en Centros urbanos de salud con total de 167 enfermeras de atención primaria.</p>	<p>Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras sobre la violencia de género y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos.</p>	<p>Resultados: El porcentaje de respuestas acertadas en la prueba de conocimiento fue de 62,2%, observándose un nivel de conocimiento medio. El conocimiento fue superior en las enfermeras casadas o que viven en pareja. La baja detección (29%) se relaciona con estado civil, bajo conocimiento, autopercepción baja de conocimiento, falta de formación y no aplicar el protocolo. Las enfermeras con autopercepción baja de conocimiento aplican menos el protocolo y consideran la falta de formación como principal problema para el diagnóstico.</p>
<p>Título: Using realist evaluation to assess primary healthcare teams' responses to intimate partner violence in Spain (32)</p> <p>Autor: Goicolea I, Hurtig AK, San Sebastián M, Vives Cases C, Marchal B</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Estudio comparativo cualitativo a través del desarrollo de una intervención en 4 pasos.</p>	<p>Objetivo: Describir una evaluación realista para investigar por qué, en qué circunstancias y cómo los equipos de atención primaria en España responden a la violencia de pareja y discutir las fortalezas y los desafíos de su aplicación.</p>	<p>Resultados: Hubo varios mecanismos clave –autoeficacia del equipo, preparación percibida, y atención centrada en las mujeres–, así como factores contextuales – ambiente de equipo y estilo de gestión, presencia de profesionales motivados, uso del protocolo y experiencia acumulada en atención primaria–, que deben considerarse para generar respuestas sanitarias adecuadas a la violencia.</p>

<p>Título: Abordando la violencia de género durante el embarazo desde los servicios de salud materna: proyecto response (33)</p> <p>Autor: Carmona Del Río, E</p> <p>Fecha de publicación: 2019</p>	<p>Metodología: Se desarrolló un proyecto utilizando una metodología mixta: cuantitativa y cualitativa.</p>	<p>Objetivo: Mejorar la capacidad de identificación y derivación de casos de violencia de género en el embarazo en los servicios de salud materna de los países participantes en los que se ha intervenido: Rumanía, España, Francia, Alemania y Austria.</p>	<p>Resultados: Se ha observado que el embarazo es una etapa especialmente vulnerable en la vida de la mujer en la que en ocasiones la violencia de género se inicia o se recrudece. Por las características de las citas de seguimiento, los servicios de salud materna se consideran un recurso especialmente útil para la detección de casos de forma precoz. A pesar de la oportunidad que esto supone, la poca formación del personal sanitario en materia de violencia de género disminuye las posibilidades de identificación y derivación de casos.</p>
<p>Título: Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud (34)</p> <p>Autor: Rivadeneira MF</p> <p>Fecha de publicación: 2017</p>	<p>Metodología: Se realizó una investigación-acción en un servicio de primer nivel de atención.</p>	<p>Objetivo: Desarrollar un modelo de abordaje a partir del servicio de salud que permita la detección, apoyo y seguimiento de estos casos.</p>	<p>Resultados: Se logró que el personal se capacite y empodere del problema; se introdujeron elementos operativos para la reorganización funcional de la unidad operativa: tamizaje para violencia intrafamiliar, flujograma de atención y hoja de seguimiento. En las tres semanas siguientes a la implementación de estos instrumentos, tres casos de violencia fueron detectados y abordados por el servicio de salud.</p>
<p>Título: Conocimientos, actitudes y opiniones sobre violencia de género en el profesional de enfermería en atención primaria (35)</p> <p>Autor: González Muñoz PF, Durán Flores ML, González Rubio MJ</p> <p>Fecha de publicación: 2019</p>	<p>Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado mediante una encuesta validada, anónima y autoadministrada dirigida a 58 profesionales de enfermería.</p>	<p>Objetivo: Evaluar el conocimiento, actitudes y opiniones sobre violencia de género en el profesional de enfermería de Atención primaria del Área Sanitaria Norte de Málaga.</p>	<p>Resultados: El 82,80% no detectó ningún caso en los últimos 3 meses. El 75,90% decía conocer el protocolo de violencia de género en su trabajo, pero solo lo aplicaban un 20,70%. Más del 55% de los encuestados cree que no posee los conocimientos para detectar violencia de género.</p>

<p>Título: Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional (37)</p> <p>Autor: Ortiz Barreda G, Vives Cases C</p> <p>Fecha de publicación: 2012</p>	<p>Metodología: Análisis de contenido de las leyes de violencia contra las mujeres recopiladas en The Annual Review of Law of Harvard University, UN Secretary-General's database on Violence against Women, International Digest of Health Legislation y Stop Violence against Women.</p>	<p>Objetivo: Identificar y describir las responsabilidades que se atribuyen a las administraciones sanitarias en materia de prevención y atención de la violencia contra las mujeres en la legislación internacional sobre este tema.</p>	<p>Resultados: De 115 países analizados, 55 disponen de leyes sobre la violencia contra las mujeres que contemplan la participación del sector salud en sus intervenciones. En la mayoría, esta participación se centra en la denuncia de casos detectados y la atención de casos derivados de servicios policiales. Se identificaron 24 leyes que hacían mención a intervenciones específicamente desarrolladas por el sector salud, sobre todo de prevención terciaria.</p>
<p>Título: Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de atención primaria de salud (38)</p> <p>Autor: Estévez Macas, EP</p> <p>Fecha de publicación: 2017</p>	<p>Metodología: Búsqueda bibliográfica</p>	<p>Objetivo: Identificar las intervenciones de enfermería en la atención a la violencia de género en las consultas de atención primaria.</p>	<p>Resultados: Las intervenciones de enfermería conllevan acoger a las víctimas. Realizar preguntas abiertas. Intentar comprender y reinterpretar los síntomas. Realizar una valoración biopsicosocial. Informar y asesorar sobre los recursos disponibles. Registrar en la historia clínica todas las intervenciones realizadas. Realizar el parte de lesiones. Concertar visitas de seguimiento. Desarrollar un plan de cuidados individualizados y elaborar campañas educativas.</p>
<p>Título: Conocimientos y actitudes de las matronas ante la violencia de género en el Hospital Materno infantil Virgen de las Nieves (Granada) (39)</p> <p>Autor: Llorens Del Río N, Rodríguez Cano MV, Sánchez Orellana T.</p> <p>Fecha de publicación: 2016</p>	<p>Metodología: Estudio de corte transversal prospectivo durante el período de agosto y diciembre de 2016.</p>	<p>Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y opiniones de las matronas del servicio de urgencias del Hospital Materno-infantil Virgen de las Nieves de Granada frente este problema y así valorar su preparación para detectar y atender a las pacientes que se encuentran en esta situación.</p>	<p>Resultados: La matrona por su fácil accesibilidad para tratar diversos aspectos de la salud de la mujer y estableciendo una relación próxima, informal, relajada, flexible, individual, con confianza e intimidad, consigue ser la referencia idónea para abordar este tema tan delicado, captando y conociendo las necesidades de las mujeres desde un enfoque holístico: biológico, afectivo- emocional y social-comunicativo, velando por promocionar, mantener y prevenir complicaciones.</p>

<p>Título: How family doctors perceived their 'readiness' and 'preparedness' to identify and respond to intimate partner abuse: a qualitative study. Family Practice (40)</p> <p>Autor: Po-Yan Leunga T, Phillips L, Bryanta C, Hegarty K</p> <p>Fecha de publicación: 2018</p>	<p>Metodología: Diseño exploratorio secuencial de investigación de métodos mixtos a través de entrevistas semi estructuradas con 19 médicos.</p>	<p>Objetivo: Explorar como perciben los médicos los conceptos de estar listo y estar preparado e identificar como responden a la VG.</p>	<p>Resultados: Los dos conceptos están relacionados, pero supieron distinguirlos.</p>
<p>Título: Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain (41)</p> <p>Autor: Goicolea I, Mosquera P, Briones Vozmediano E, Otero García L, García Quinto M, Vives Cases C</p> <p>Fecha de publicación: 2017</p>	<p>Metodología: Estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas con 160 profesionales sanitarios de 16 centros de atención primaria en España.</p>	<p>Objetivo: Presentar las percepciones de profesionales de atención primaria sobre cómo los atributos de la atención primaria en España pueden influenciar las respuestas sanitarias a la violencia del compañero íntimo.</p>	<p>Resultados: Los participantes consideraron que la atención centrada en la persona y otros atributos del enfoque de atención primaria facilitaban la detección de VCI y una mejor respuesta a este problema. Sin embargo, también reconocieron que la forma en que se gestionan los servicios sanitarios (sobrecarga de trabajo, débil supervisión y escaso feedback, distribución de los recursos humanos y materiales, etc.) no facilita la sostenibilidad de este enfoque.</p>
<p>Título: Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección (42)</p> <p>Autor: Siendones Castillo R, Perea Milla López E, Arjona Huertas JL, Agüera Urbano C, Rubio Gallo C, Molina Molina M</p> <p>Fecha de publicación: 2002</p>	<p>Metodología: Se realiza un estudio transversal mediante encuesta anónima y autoadministrada para la valoración de los objetivos propuestos.</p>	<p>Objetivo: conocer el grado de formación que sobre el tema tienen los profesionales sanitarios, detectar barreras de actitud, barreras organizativas de los servicios y analizar opiniones de mejora frente al problema de la infradetección.</p>	<p>Resultados: En una prueba de conocimientos solo se obtuvo un 51,1% de respuestas correctas. Las principales barreras de actitud fueron la desmotivación y desconocimiento. Hasta un 66% de los profesionales no suelen plantearse la VD como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria y más del 50% de los sanitarios no plantea soluciones al problema. Como barreras organizativas destacan una creciente presión asistencial que limita el tiempo de asistencia y la ausencia de personal experto durante las 24 horas de trabajo.</p>

<p>Título: ¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre la violencia de género? (44)</p> <p>Autor: Castanedo Córdoba IM.</p> <p>Fecha de publicación: 2016</p>	<p>Metodología: Estudio cualitativo en Canadá.</p>	<p>Objetivo: Identificar las barreras y los facilitadores para los profesionales sanitarios, concretamente enfermería y medicina, a la hora de preguntar sobre la violencia de género a las mujeres que atienden</p>	<p>Resultados: Las barreras que se describen con mayor frecuencia son la falta de tiempo y las conductas atribuidas a las mujeres que viven el abuso, como la negación y la falta de acción. Se describen apoyos profesionales como la disponibilidad de trabajadores sociales y el acceso a recursos de la comunidad como facilitadores. El entrenamiento de los profesionales se observó como un facilitador con diferencia significativa para la disciplina enfermera.</p>
<p>Título: Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings: a service-user collaborative study (45)</p> <p>Autor: Malpass A, Sales K, Johnson M, Howell A, Agnew-Davies R, Feder G</p> <p>Fecha de publicación: 2014</p>	<p>Metodología: Estudio cualitativo en Londres.</p>	<p>Objetivo: Entender la experiencia de las mujeres víctimas de VG que han revelado su situación en AP.</p>	<p>Resultados: Los médicos y las enfermeras juegan un papel muy importante a la hora de detectar la VG y derivar a las víctimas a servicios especializados. Además, pueden ayudar haciendo un seguimiento del proceso de la víctima en las consultas.</p>
<p>Título: Domestic violence against pregnant women (46)</p> <p>Autor: Massumi Okada M, Komura Hoga LA, Vilela Borges AL, Sartori de Albuquerque R, Aparecida Belli M.</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Estudio transversal sobre la VG dirigido a 385 mujeres atendidas en servicios de maternidad.</p>	<p>Objetivo: Describir la VG en mujeres embarazadas.</p>	<p>Resultados: Casi un 40% de las mujeres sufren VG en algún punto de su vida y casi un 35% durante el embarazo. La prevalencia fue de 97% para la violencia psicológica, 49% para la física y 5% para la sexual. Además, se encontraron que la VG estaba relacionada con la religión protestante, embarazos no deseados, bajos ingresos y pareja alcohólica.</p>

<p>Título: Mechanisms that Trigger a Good Health-Care Response to Intimate Partner Violence in Spain. Combining Realist Evaluation and Qualitative Comparative Analysis Approaches (47)</p> <p>Autor: Goicolea I, Vives Cases C, Hurtig AK, Marchal B, Briones Vozmediano E, Otero García L, García Quinto M, San Sebastian M</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Entrevista de casos múltiples a través de un cuestionario, entrevistas y observación en 15 Centros de Salud en España.</p>	<p>Objetivo: Encontrar determinantes que faciliten el abordaje de la VG en AP.</p>	<p>Resultados: Se puso de manifiesto la importancia de la eficacia individual, una asistencia centrada en la víctima y la autopercepción de conocimiento. Además, el uso de los protocolos y la experiencia en AP desencadenaron mejores respuestas frente a la VG, sin embargo, han de ser combinados con otros determinantes como un buen ambiente en el equipo, tener personal formado en la materia y poseer un trabajador social en el equipo.</p>
<p>Título: A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain (48)</p> <p>Autor: Otero García L, Briones Vozmediano E, Vives Cases C, García Quinto M, Sanz Barbero B, Goicolea I</p> <p>Fecha de publicación: 2018</p>	<p>Metodología: Estudio cualitativo a través de entrevistas semi-estructuradas a 145 profesionales (51 médicos, 42 enfermeras, 18 pediatras, 15 trabajadores sociales, 15 matronas y 3 sexólogas o psicólogas).</p>	<p>Objetivo: Determinar cómo percibieron los profesionales de AP de la crisis económica en relación con las medidas de austeridad respecto de la detección y tratamiento de la VG.</p>	<p>Resultados: Los profesionales percibieron que la precariedad económica detonó la VG y aumentaron las dudas en las mujeres a la hora de terminar la relación violenta. También afirmaron que la austeridad en la AP afecta negativamente a su habilidad de detectar casos de VG y asistir adecuadamente a las víctimas debido a la carga de trabajo, falta de recursos humanos, falta de formación y pérdida de recursos a los que las mujeres pudieran ser derivadas. Sin embargo, se refirieron a la motivación como un determinante que mejora la respuesta a la VG.</p>
<p>Título: Why do certain primary health care teams respond better to intimate partner violence than others? A multiple case study (49)</p> <p>Autor: Goicolea I, Marchal B, Hurtig AK, Vives Cases C, Briones Vozmediano E, San Sebastián M</p> <p>Fecha de publicación: 2019</p>	<p>Metodología: Se realizó un estudio de casos múltiples. Los casos fueron cuatro equipos de atención primaria de salud ubicados en una región del sur de España. Dos de ellos se calificaron como «buenos» y otros dos como «promedio».</p>	<p>Objetivo: Analizar cómo las condiciones del equipo influyen en las respuestas de los/las profesionales sanitarios a la violencia de compañero íntimo.</p>	<p>Resultados: Los dos casos «buenos» presentaban dinámicas y estructuras que promovían el aprendizaje y el trabajo en equipo en el tema de violencia de compañero íntimo, contaban con trabajadoras sociales comprometidas con el tema y un ambiente que les permitía desarrollar su trabajo, y habían puesto en práctica de manera explícita estrategias para ofrecer una atención centrada en las mujeres.</p>

<p>Título: Developing a programme theory to explain how primary health care teams learn to respond to intimate partner violence: a realist case-study (50)</p> <p>Autor: Goicolea I, Hurtig AK, San Sebastián M, Vives Cases C, Marchal B</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Estudio de casos.</p>	<p>Objetivo: Explicar cómo, por qué y bajo qué circunstancias aprenden los equipos de AP a abordar la VG.</p>	<p>Resultados: El EAP en La Virgen ha logrado involucrar a los sanitarios para conseguir una respuesta activa a la VG; para establecer una buena coordinación, apoyo mutuo y aprendizaje continuo en procesos relacionados con VG; para establecer referencias internas adecuadas dentro de La Virgen, y para establecer sistemas de coordinación y referencia con otros servicios adecuados. Los factores de nivel individual y de equipo han disparado la capacidad e interés en crear espacios para el apoyo del equipo, el trabajo en equipo y las respuestas terapéuticas a VG en La Virgen, aunque la motivación individual.</p>
<p>Título: Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes (53)</p> <p>Autor: Vives Cases C, Gil González D, Plazaola Castaño J, Montero Piñar MI, Ruiz Pérez I, Escriba Agüir V et al</p> <p>Fecha de publicación: 2009</p>	<p>Metodología: Estudio transversal mediante encuesta autoadministrada en 10.202 mujeres que acudieron a centros de atención primaria en España (2006-2007).</p>	<p>Objetivo: Comparar la prevalencia de la violencia de género entre mujeres inmigrantes y españolas. Describir sus respuestas ante esta situación y posibles diferencias entre ellas. Identificar intervenciones ya existentes en España sobre prevención y atención sociosanitaria de violencia de género dirigidas a inmigrantes.</p>	<p>Resultados: La prevalencia de violencia de género en las españolas es del 14,3% y en las inmigrantes del 27,3%. La probabilidad de violencia de género en las inmigrantes es mayor. Las inmigrantes dijeron haber denunciado a su pareja con más frecuencia, así como que no sabían resolver su situación. Algunas CC.AA. ya han emprendido intervenciones para superar las barreras de acceso a los servicios sociosanitarios, pero sólo tres facilitan el número de mujeres inmigrantes beneficiarias de ayudas económicas y laborales hasta 2005.</p>

<p>Título: Violencia de género sobre inmigrantes en España. Un análisis psicosocial (56)</p> <p>Autor: Montañés Muro P, Moyano Pacheco M.</p> <p>Fecha de publicación: 2006</p>	<p>Metodología: Revisión bibliográfica</p>	<p>Objetivo: Analizar la violencia de género perpetrada sobre mujeres inmigrantes en España desde un marco psicosocial.</p>	<p>Resultados: Se revisan algunos de los datos estadísticos más significativos de los que disponemos en nuestro país. Se describen los factores psicológicos y sociales relacionados con el problema, la especial vulnerabilidad de este colectivo, así como las barreras a las que sistemáticamente tiene que enfrentarse. Y ofrece una visión de la prostitución como un ejemplo evidente de violencia de género, del que son víctimas un importante número de mujeres inmigrantes.</p>
<p>Título: La atención sanitaria a la población inmigrante: Matices diferentes para una problemática común (57)</p> <p>Autor: Alameda A, García A.</p> <p>Fecha de publicación: 2003</p>	<p>Metodología: Revisión narrativa.</p>	<p>Objetivo: Detectar cuáles son las dificultades percibidas por los/as profesionales sanitarios/as en su atención a la población inmigrante, poniendo especial interés en analizar si la problemática recogida en los discursos de los/as profesionales presenta características específicas para la población inmigrante o si, por el contrario, responde a los mismos condicionantes que en el caso de la población general.</p>	<p>Resultados: Los conflictos que aparecen en relación con la integración de las personas inmigrantes en la sociedad de acogida, no surgen por los procesos migratorios como tales, sino, más bien, por la dificultad de las instituciones para proporcionar servicios a la población recién llegada. El sistema sanitario, como institución, se enfrenta a esa misma problemática, así como a contradicciones en su funcionamiento que afectan tanto a autóctonos como a inmigrantes. Curiosamente, estos conflictos no aparecen como tales, sino que quedan ocultos bajo la aparente especificidad de la atención a la población inmigrante. En la relación entre profesionales sanitarios y usuarios inmigrantes, se reproducen las mismas dificultades que en el contexto más general, atrapando a unos y a otros entre la institución y la realidad de la relación asistencial.</p>

<p>Título: Historia de violencia y violencia de compañero íntimo en mujeres embarazadas (61)</p> <p>Autor: Pastor Moreno G, Ruiz Pérez I, Ricci Cabello I</p> <p>Fecha de publicación: 2018</p>	<p>Metodología: Estudio transversal (Andalucía, España) con 754 mujeres embarazadas con cuestionario autoadministrado, incluyendo variables sociodemográficas, estado de salud y violencia.</p>	<p>Objetivo: Examinar la frecuencia de Historia de Violencia (HV) en mujeres embarazadas; estudiar las características sociodemográficas asociadas e identificar los resultados en salud.</p>	<p>Resultados: El 9% refirió HV, el 4,8% Violencia de Compañero Íntimo actual y el 1,9% durante su embarazo. La HV se asoció significativamente con mala percepción del estado de salud, morbilidad psíquica y uso de medicación en el embarazo. La HV tiene un impacto en los resultados de salud de las gestantes. Dada la alta tasa de cobertura sanitaria durante el embarazo, este se convierte en un momento idóneo para poner en marcha las recomendaciones de los protocolos.</p>
<p>Título: Las matronas y la detección de la violencia en el embarazo (62)</p> <p>Autor: Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M</p> <p>Fecha de publicación: 2015</p>	<p>Metodología: Revisión narrativa.</p>	<p>Objetivo: Conocer las consecuencias que tiene la VG sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer, y el papel de los sanitarios para una correcta asistencia a las mujeres que son víctimas de ella, mediante una revisión de la bibliografía publicada en relación con la VG.</p>	<p>Resultados: Si la violencia se ejerce durante el embarazo, puede tener consecuencias no sólo para la mujer, sino también para el feto en desarrollo y el futuro hijo. Existen una serie de funciones mínimas que los profesionales deben desarrollar, como preguntar sobre violencia de género con regularidad, informar y remitir a las mujeres que la sufran a los recursos disponibles de la comunidad, registrar los casos y conocer la legislación vigente del país.</p>
<p>Título: El saber experiencial de las matronas de Atención Primaria en la detección de violencia de género durante el embarazo. Estudio cualitativo (64)</p> <p>Autor: Gómez Fernández MA, Goberna Tricas J, Payà Sánchez M</p> <p>Fecha de publicación: 2019</p>	<p>Metodología: Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico interpretativo. Se hicieron entrevistas semiestructuradas a las 12 matronas que trabajan en los centros de Atención Primaria de Hospitalet de Llobregat (Barcelona).</p>	<p>Objetivos: Conocer a través de las narraciones de las matronas de Atención Primaria los factores que obstaculizan o contribuyen a la detección y el abordaje de la violencia de género durante el embarazo, así como sus propuestas de mejora para tal fin.</p>	<p>Resultados: Las dificultades en la detección se relacionan con el sistema de visitas, el contexto de las mujeres y barreras del propio profesional como el miedo. Destacan como factores facilitadores el seguimiento en el control del embarazo y la relación de confianza con la matrona. Las propuestas de mejora se relacionan con la formación y el uso de procedimientos seguros y fiables.</p>

<p>Título: Recomendaciones para la detección precoz de la violencia en el embarazo (65)</p> <p>Autor: Velasco Juez MC</p> <p>Fecha de publicación: 2019</p>	<p>Metodología: Revisión bibliográfica a partir de bases de datos en español y en inglés. Consulta en las páginas web de organismos oficiales y de asociaciones profesionales de la salud.</p>	<p>Objetivos: Ofrecer recomendaciones que ayuden a los profesionales sanitarios a identificar la violencia durante el embarazo.</p>	<p>Resultados: Realizar un cribado sistemático, al menos una vez por trimestre, entre las mujeres gestantes durante el embarazo y el posparto. Los profesionales sanitarios deben tener una formación específica en esta materia de cara a organizar cuidados de salud y aumentar las competencias para la detección de los casos.</p>
---	---	--	---